

Aus der Abteilung für Sozialpsychiatrie
der Freien Universität Berlin

(Leiter: Prof. Dr. med. G. Bosch)

**UNTERSUCHUNGEN UND ÜBERLEGUNGEN ZUM
STRUKTURWANDEL EINES PSYCHIATRISCHEN
GROSSKRANKENHAUSES – DER LANDESNERVENKLINIK
BERLIN**

**Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin**

**vorgelegt von
MICHAEL KLEIN
aus Berlin**

1970

Aus der Abteilung für Sozialpsychiatrie
der Freien Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. med. G. Bosch)

UNTERSUCHUNGEN UND ÜBERLEGUNGEN ZUM
STRUKTURWANDEL EINES PSYCHIATRISCHEN GROSS-
KRANKENHAUSES - DER LANDESNERVENKLINIK BERLIN.

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Michael Klein
aus Berlin



Referent:

Prof. Dr. G. Bosch

Korreferent:

Prof. Dr. W. Bredemann

Promotionsdatum:

7.4.1978

Vorbemerkung

1962 schrieb SCHULTE mit Blick auf die 1919 eröffnete letzte psychiatrische Anstalt Deutschlands in Gütersloh: "Versucht man nun aber, die historische Linie fortzusetzen, so steht die heutige Psychiatergeneration fast etwas beschämt vor einem vorläufigen Abbruch in eigentümlicher Diskrepanz zu dem nach wie vor steigenden Bedarf an psychiatrischen Betten auf der einen Seite und dem wirtschaftlichen Aufschwung auf der anderen. Sind doch zu gleicher Zeit Ortskrankenkassengebäude und Landesversicherungsanstalten, pharmazeutische Fabriken und Kongreßhallen aus dem Boden aufgeschossen. Was in den letzten Jahren aber an Erkenntnissen über Wesen und Beeinflussungsmöglichkeiten von Psychosen entscheidend neu entwickelt worden ist, hat bisher noch keinerlei Konkretisierung in der Anlage und dem Neubau einer kompletten Anstalt in Deutschland erfahren, von der kleinen, ganz und gar klinisch orientierten Anstalt in West-Berlin abgesehen. Sie ist bisher nur zur Hälfte fertiggestellt." (SCHULTE 1962).

Aus der kleinen Anstalt von 1962 ist die Landesnervenklinik Berlin - neuerdings Nervenklinik Spandau genannt - mit über 1000 Betten geworden, deren Aufbau und Entwicklung nunmehr über einen Zeitraum von rund 15 Jahren überblickt werden können. Sie stellt - 42 Jahre nach Eröffnung der Landesheil- und Krankenanstalt in Gütersloh - als erste Klinikneugründung den Anschluß an eine historische Entwicklung in Deutschland dar, die durch die nationalsozialistische Herrschaft unterbrochen und mit einer schweren Hypothek belastet worden ist.

Die folgende Arbeit soll einen Beitrag zu Fragestellungen liefern, die auch bei einer neugegründeten Großklinik auftauchen können, die nicht aus historisch gewachsenen Strukturen hervorgegangen, sondern aufgrund eines kurzfristig aufgekommenen Bedarfs psychiatrischer Versorgung entstanden ist.

Das Motiv für die vorliegende Arbeit setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: Zum einen hat der Autor während seiner Tätigkeit als Assistenzarzt in der Landesnervenklinik Berlin persönliche Erfahrungen gesammelt, die den Eindruck in ihm entstehen ließen, daß ein überwiegend pragmatisches Vorgehen und der - zumindest was die institutionell-organisatorische Seite anbelangt - weitgehend unkontrollierte Umgang mit psychosozialen Problemen zu widersprüchlichen Entwicklungen führen können. Es galt nachzuprüfen, ob die Eindrücke, die der Autor mehr teilnehmend als beobachtend vor allem als Stationsarzt auf geschlossenen Aufnahmestationen in den Jahren 1968 - 69 und 1972 - 73 gesammelt hat, rein subjektive Verzerrungen der Wirklichkeit darstellen oder zu einem angemessenen Bild eben dieser Wirklichkeit beitragen können.

Zum anderen sind Planung, Aufbau, Strukturierungen und Konsolidierung dieser ersten psychiatrischen Großklinik vier Jahrzehnte nach Gütersloh abgelaufen, ohne daß dieser Prozeß ausführlicher und zusammenfassend

dokumentiert worden wäre. Bei seinen Nachforschungen über die Chronik der Landesnervenklinik Berlin ist der Autor lediglich auf ein knapp drei Schreibmaschinenseiten langes Schreiben zum "Neubau der Landesnervenklinik Berlin" - verfaßt vom damaligen Senator für Gesundheitswesen im Januar 1961 - gestoßen sowie auf ein sieben Seiten langes Papier der Pressestelle des damaligen Senators für Arbeit, Gesundheit und Soziales und einen entsprechenden Bericht der Verwaltung der Landesnervenklinik Berlin vom September 1969 über "Neue Einrichtungen im Bereich der Landesnervenklinik Berlin" bzw. "Die Entwicklung der Landesnervenklinik Berlin".

Insofern erscheinen eine Rekonstruktion der verschiedenen Umstrukturierungen der Landesnervenklinik Berlin und eine Untersuchung ihrer Folgen und Effizienz notwendig und sinnvoll, da es sich um die erste Neugründung einer psychiatrischen Großklinik handelt, die zwar unter dem Druck spezieller West-Berliner Verhältnisse zustande kam, jedoch in einer Zeit aufkommender sozialpsychiatrischer Alternativen sich entwickelte und insofern nicht unbeeinflusst war von liberalen, nicht mehr an einer überkommenen Anstaltspsychiatrie orientierten Konzepten.

An dieser Stelle sei eine Bemerkung zur grundsätzlichen Einstellung des Autors erlaubt: Trotz des notwendigerweise kritischen Blickes auf die Praxis der psychiatrischen Großinstitution, in der der Verfasser 5 1/2 Jahre als Assistenzarzt gearbeitet hat, sieht er keinen Anlaß dazu, Militärschulen, Kasernen, Kriegsschiffe, Gefängnisse und KZ sowie Klöster und psychiatrische Anstalten unter den eine scheinbare Einheit herstellenden Soziologen-Begriff einer "totalen Institution" zwingen zu wollen, wie es E. GOFFMAN 1961 getan hat. Die widerspruchsvolle Geschichte der Psychiatrie, zu deren Anfängen der Strukturalist FOUCAULT 1961 einen Beitrag geliefert und deren Entwicklung - vor allem auch für den deutschen Raum - DOERNER 1969 und SCHRENK 1973 dargestellt haben, läßt eine verkürzte Reduzierung institutioneller Psychiatrie auf die Ausübung gesellschaftlicher Gewalt nicht zu. Besonders die Psychiatrie der Großanstalten, denen die Gesellschaft schon immer das größte Ausmaß psychosozialen Elends aufgebürdet hat, wird von derartigen begrifflichen Gleichschaltungen an einem schwachen Punkt getroffen: Ihrem guten Willen. Die deutsche Psychiatrie mit ihrer schwer belastenden Hypothek der Nazi-Zeit wird m.E. weder durch "antipsychiatrische" Konzepte - deren praktische Umsetzung bisher lediglich in mehr oder weniger ausgeprägter Exklusivität endete - noch durch das Postulat einer "negierten Institution" den Problemen ihrer Institutionen und Strukturen gerecht werden, wenn sie diese Probleme einer Lösung zuführen will. Die Auseinandersetzung mit der Realität der psychiatrischen Großanstalten, die nach wie vor und auf nicht absehbare Zeit den überwiegenden Anteil an der stationären Versorgung psychisch Kranker haben, ist insofern eine vordringliche wissenschaftliche Aufgabe, die von der Universitätspsychiatrie mit ihren Forschungsschwerpunkten in der Neuropsychiatrie, Nosologie und Psychopharmakologie bisher eher vernachlässigt worden ist. Eine primär nicht aus wissenschaftlichen Fragestellungen abgeleitete, sondern aus alltäglicher Anstaltspraxis stammende Beforschung psychiatrischer Versorgungsstrukturen mag die Bemerkung HEGELs besonders akzentuiert hervortreten

lassen, daß es in der Wissenschaft nicht auf die Beobachtung an und für sich, sondern auf denjenigen ankäme, der beobachtet. In diesem Sinne hat der Autor versucht, seiner kritischen Subjektivität eine Parteilichkeit der Wissenschaft zu verleihen, deren Standpunkte "etwas 'Erlebtes' sein müssen, allmähliches Resultat des Studiums und der sonstigen Lebensansichten ihres Inhabers", damit die Negation als eine "von innen heraus treibende und fördernde" wirken kann (GRIESINGER 1872, zitiert nach Doerner).

Die Ausgangslage

Die Landesnervenklinik Berlin wurde 160 Jahre nach Erscheinen der deutschen Ausgabe der Schrift PINELs "Philosophisch-medizinische Abhandlungen über Geistesverwirrung oder Manie" eröffnet, 158 Jahre nach den "Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geistes-zerrüttungen" des Johann Christian REIL, 156 Jahre nach Gründung der ersten psychiatrischen Heilanstalt Deutschlands in Bayreuth, 116 Jahre nach Erscheinen der "Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" Wilhelm GRIESINGERS, 42 Jahre nach Eröffnung der letzten in Deutschland gebauten "Landesheil- und Krankenanstalt" in Gütersloh, deren Pläne Herrmann SIMON entworfen hat und unter dessen Leitung sie stand, 16 Jahre nach Überwindung der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland und dem Ende des zweiten Weltkrieges und 8 Monate, bevor durch den Bau der Berliner Mauer die Teilung Deutschlands versteinert wurde.

Dieses Zeitgitter mag einerseits einen Eindruck von der Beschleunigung der Geschichte und den historischen Koordinaten vermitteln, die den Ausgangspunkt der Anstaltsneugründung in Berlin bestimmt haben - andererseits soll es ein Hinweis darauf sein, daß 40 Jahre lang nach Eröffnung der Gütersloher Anstalt, die den Schlußpunkt einer im 19. Jahrhundert stattgefundenen Entwicklung darstellte, keine Ergebnisse in Fortführung dieser Entwicklung sichtbar geworden sind. Auch nach dem zweiten Weltkrieg - so muß konstatiert werden - hat die Rückschrittlichkeit bedeutende Hypothek des "Dritten Reiches" nicht dazu geführt, daß neue Wege psychiatrischer Praxis beschritten wurden, wie sie beispielsweise in den angelsächsischen Ländern durch Schaffung dezentralisierter, gemeindenaher Versorgungssysteme entwickelt worden sind.

Die Beschränkung auf die für ihre Insassen nunmehr wenigstens nicht mehr potentiell lebensbedrohlichen Großanstalten nach dem Ende des zweiten Weltkrieges in Deutschland bewirkte allerdings, daß das Elend der Psychiatrie sich auch nach der Vernichtung des nationalsozialistischen Staates fortentwickelte und in den Anstalten alten Stils sich Zustände ergaben, die immer weniger vor der Öffentlichkeit zu verbergen waren und

schließlich seit Mitte der sechziger Jahre eine Reformbewegung innerhalb der (west-) deutschen Psychiatrie auslösten, die vor allem durch Beispiele aus den angelsächsischen und skandinavischen Ländern sowie aus Frankreich beeinflußt worden ist. Sozialpsychiatrische Erfahrungen wurden in der Bundesrepublik Deutschland seit Anfang der sechziger Jahre zunächst punktuell und sporadisch gesammelt, z.B. seit 1962 an der Universitätsklinik in Frankfurt, wo die erste sozialpsychiatrische Abteilung aufgebaut wurde. Psychiatrisches Problembewußtsein, der Öffentlichkeit zugänglicher gemacht, führte schließlich dazu, daß Fragestellungen psychiatrischer Versorgung auch von politisch verantwortlichen Kräften aufgegriffen wurden, die "Aktion Psychisch Kranke e.V." in Bonn wurde gegründet, und es kam zur Initiative im Bundestag, die die Erstellung einer "Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland" zur Folge hatte. Die seit 1971 tätige Kommission hat nach umfangreichen Arbeiten im Herbst 1975 die Ergebnisse der Enquête vorgelegt.

Vor diesem kurz angerissenen historischen Hintergrund sind Planung, Errichtung, Gründung und Ausbau der Landesnervenklinik Berlin erfolgt, die damit einen Neubeginn nach 40 Jahren Entwicklungsstillstand und -rückschritt der Anstaltspsychiatrie in Deutschland darstellt.

Durch die Teilung Deutschlands und die damit verbundene Teilung der ehemaligen Reichshauptstadt Berlin war bezüglich der psychiatrischen Versorgung in den zwölf Bezirken West-Berlins eine prekäre Situation entstanden, die dadurch gekennzeichnet war, daß für die mehr als 2 Mill. zählende Bevölkerung der Stadt lediglich eine psychiatrische Großklinik - die mehr als 2000 Betten umfassende, im nördlichen Reinickendorf gelegene Karl-Bonhoeffer-Heilstätte-zur Verfügung stand. Weiteres Kennzeichen der problematischen Situation war und ist die im Vergleich zu Großstädten der Bundesrepublik Deutschland übermäßige Überalterung der Bevölkerung mit entsprechendem Anteil geronto-psychiatrischer Patienten. +)

- +) Auf die sozialpsychologische Problematik einer von ihrem Hinterland abgetrennten, als politischer Brückenkopf westlicher Demokratie fungierenden ehemaligen Reichshauptstadt kann ebenso wenig eingegangen werden wie auf den Stellenwert gewaltsam durch die Teilung der Stadt zustande gekommener Familientrennungen. Das künstlich gezüchtete Flair einer aus der Not eine Tugend machenden Großstadt - und was es auf

Die Landesnervenklinik Berlin wurde gegründet, um die Kapazitäten der im Ostteil der Stadt unzugänglich gewordenen Großanstalten Buch, Herzberge und Wuhlgarten zu kompensieren und die Karl-Bonhoeffer-Heilstätten zu entlasten, die unter dem Versorgungsdruck und dem Andrang aufzunehmender Patienten in eine katastrophale Situation geraten waren. Matratzen auf den Fluren wegen hoffnungsloser Überfüllung waren Kennzeichen dieser Lage, die den Berliner Senat ab 1955 zu Überlegungen zwang, wie für die psychiatrische Versorgung der West-Berliner Bevölkerung weitere Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden konnten. Nach einem Bericht des Senators für Gesundheitswesen vom Januar 1961 standen im Jahre 1959 in West-Berlin 1,2 psychiatrische Betten pro tausend Einwohner zur Verfügung, während 1938 bei der damaligen Einwohnerzahl von 4,3 Mio. in Groß-Berlin für tausend Einwohner 2,2 Betten vorhanden waren.

welche Gruppen potentiell Zureisender für einen Einfluß ausübt - kann als sozialpsychologischer Background hier genauso wenig berücksichtigt werden wie z.B. die Problematik einer "Gastarbeiter"-Bevölkerung, die ca. 5 % der Population West-Berlins ausmacht, die Lebensfähigkeit dieser Stadt mitbegründet, bezüglich psychiatrischer Versorgung allerdings transkulturelle, bisher wenig beachtete Probleme aufgeworfen hat.

Projekt Landesnervenklinik - Versorgungseinrichtung für 4 Bezirke

Mit dem Projekt einer neuen Landesnervenklinik hat sich der Berliner Senat erstmalig in einer Sitzung am 28.11.1955 beschäftigt und den Beschluß gefaßt, dem Abgeordnetenhaus eine Vorlage über den Neubau zu unterbreiten. Im Mai 1959 wurde mit den Bauarbeiten begonnen, bis 1970 wurde die Klinik in insgesamt vier Bauabschnitten fertiggestellt. Die ursprünglich veranschlagten Gesamtbaukosten von 27.000.000 DM erhöhten sich im Verlauf der Bauzeit (soweit aus den vorhandenen Unterlagen ersichtlich) auf insgesamt 48,2 Mio. DM.

Von 1961 - dem Jahr der Eröffnung der Landesnervenklinik (LNK) Berlin - bis 1965 hatte sie keine Aufnahmeverpflichtung, sie übernahm deshalb aus sämtlichen West-Berliner Bezirken Patienten, z.T. wurden Stationen mit aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik verlegten chronisch-kranken Patienten belegt. Seit Mitte der 60er Jahre erhielt die LNK Aufnahmeverpflichtung zunächst für die Bezirke Spandau, Charlottenburg, Wilmersdorf und Zehlendorf, seit 1969 wurde der Bezirk Zehlendorf von der neueröffneten psychiatrischen Abteilung der Städtischen Klinik Havelhöhe übernommen +), dafür kam der Bezirk Tempelhof in den Aufnahmebereich der LNK, die damit die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik entlastete.

- +) Die psychiatrische Versorgungslage der West-Berliner Bevölkerung hat den Senat zur Bereitstellung einer weiteren psychiatrischen Klinik gezwungen. Zu diesem Zweck wurden freierwerdende Kapazitäten in der ehemaligen städtischen Tuberkuloseklinik Havelhöhe umgewandelt in eine psychiatrische Klinik mit insgesamt neun Stationen, die für die Versorgung der Bezirke Zehlendorf und Schöneberg zuständig werden sollten und deren erste 1969 ihre Arbeit aufnahmen. Die städtische Klinik Havelhöhe (heute Städtisches Krankenhaus Spandau-Süd) liegt am Westrand der Stadt jenseits des Havelflusses und ist verkehrstechnisch über Spandau oder durch Linienschiffe über den Wannensee bzw. über die Havel erreichbar, wobei sich bei Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel Anfahrtswege von 2 - 3 Stunden für Bewohner aus den zugeordneten Bezirken Schöneberg und Zehlendorf ergeben. Das Städtische Krankenhaus Spandau-Süd befindet sich auf dem Gelände und in Gebäuden einer ehemaligen Luftwaffenkaserne bzw. -schule, ein Umstand, der den baulichen Charakter dieser Einrichtung nachhaltig prägt und bezüglich psychiatrischer Klinikneugründungen ein Novum darstellt, da die traditionelle Psychiatrie des 19. Jahrhunderts gewohnt gewesen war, sich in ehemaligen Klöstern und Schlössern zu etablieren.

Die Wohnbevölkerung der Berliner Bezirke Charlottenburg, Wilmersdorf, Spandau und Tempelhof setzte sich nach der Volks- und Berufszählung vom 27.5.1970 folgendermaßen zusammen:

In **Charlottenburg** lebten 1970 201.732 Einwohner. Der Anteil der weiblichen Einwohner betrug 57,3 %, älter als 65 Jahre waren 22,8 % der Einwohner. Bei 3,8 % der Einwohner handelte es sich um Ausländer.

In **Wilmersdorf** lebten 1970 154.397 Einwohner. Der Anteil der weiblichen Einwohner betrug 58,6 %, älter als 65 Jahre waren 23,1 % der Einwohner. Bei 3,8 % der Einwohner handelte es sich um Ausländer.

In **Spandau** lebten 1970 197.687 Einwohner mit einem Anteil weiblicher Einwohner von 55,3 %. Älter als 65 Jahre waren 19,03 % der Einwohner. Bei 2,5 % der Einwohner handelte es sich um Ausländer.

In **Tempelhof** lebten 1970 159.730 Einwohner. Der Anteil der weiblichen Einwohner betrug 56,5 %, älter als 65 Jahre waren 20,3 % der Einwohner. Bei 2,0 % handelte es sich um Ausländer.

Die Landesnervenklinik Berlin hatte somit 1970 Aufnahmeverpflichtung für insges. 713.546 Einwohner bei einer zu diesem Zeitpunkt tatsächlich vorhandenen Zahl von etwa 1100 Betten.

In der orientierenden Zusammenstellung der Wohnbevölkerung der von der LNK zu versorgenden Sektoren ist die Überalterung der Bewohner in den Bezirken Charlottenburg und Wilmersdorf besonders ausgeprägt, wobei die genannten Bezirke (wie sich aus einem Vergleich gegenüber der hier nicht aufgeführten letzten Volkszählung ergibt) insgesamt eine abnehmende Tendenz der Bevölkerungszahlen zwischen 1961 und 1970 zeigen, während die Bezirke Spandau und Tempelhof durch Hinzukommen größerer Siedlungen (in Spandau z.B. des Falkenhagener Feldes und der Neubaugebiete in Staaken) eine deutlich zunehmende Tendenz der Bevölkerungszahlen zwischen 1961 und 1970 aufweisen.

Die Entfernungen +) der Klinik zum Versorgungsgebiet sind unterschiedlich: Sie betragen im Bezirk Spandau maximal ca. 10 km, zum Bezirk Charlottenburg maximal etwa 16 km, zum Bezirk Wilmersdorf etwa 18 km und zu dem am weitesten entfernt liegenden Lichtenrade im Bezirk Tempelhof ca. 30 km. Mit anderen Worten: Die Landesnervenklinik Berlin befindet sich nicht im Zentrum ihres Versorgungsgebietes, ein Sektor - der Bezirk Tempelhof - ist von den im westlichen Zentrum der Stadt gelegenen Bezirken Charlottenburg und Wilmersdorf zudem getrennt durch den Bezirk Schöneberg - der zum Einzugsbereich der psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Spandau-Süd gehört - und den Bezirk Steglitz, der von der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik versorgt werden muß.

Konkret bedeutet eine Entfernung von 30 km in einer Großstadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu überbrücken einen Zeitaufwand von ca. 1 1/2 bis 2 Stunden, für den Pkw-Benutzer von ca. 45 Min. - eine Tatsache, die einen Hinweis für den Umstand liefern mag, daß sowohl die Querverbindungen zwischen der LNK Berlin und den psychiatrischen Einrichtungen des am weitesten entfernten Bezirkes Tempelhof als auch die Kontakte zu Angehörigen dort ansässiger Patienten am schwierigsten zu knüpfen waren und des-

+) Über die Frage, ob bei der Standortwahl der Landesnervenklinik Berlin der pragmatische Gesichtspunkt des in Senatseigentum befindlicher Grund und Bodens oder die Vorstellung einer "heilsamen Isolierung" psychisch Kranker in möglichst ländlicher Abgelegenheit die Hauptrolle gespielt haben mag, kann hier nicht spekuliert werden. Auch können keine Vermutungen darüber angestellt werden, welches Bewußtsein vom Wahnsinn (im Sinne FOUCAULTS) sich bei der Realisierung der Landesnervenklinik Berlin überwiegend durchgesetzt haben mag: Ein "kritisches", ein "praktisches", ein "unenunziatives" oder ein "analytisches" Bewußtsein. Möglich erscheint jedenfalls, daß die Standortwahl beeinflusst worden ist von Vorstellungen, psychisch Deviantes sei an der Peripherie der Gesellschaft am besten aufgehoben, die größtmögliche Distanz zu dem, was innerhalb der Gesellschaft als abwegig, schlecht funktionabel, bedrohlich, zweideutig und verrückt erscheint, sei gerade angemessen. Zu der Entscheidung, das Projekt einer neuen Landesnervenklinik buchstäblich an der äußersten Grenze des Gemeinwesens im westlichen Teil des Bezirks Spandau neben der "Staatsgrenze der DDR" anzusetzen, heißt es in dem oben erwähnten Schriftstück des Senats pragmatisch und lapidar: "Die Überprüfung ergab, daß sich das Gelände am Waldkrankenhaus Spandau für den Neubau eignet. Es handelt sich hier um städtisches Eigentum; außerdem bietet es die Möglichkeit, ohne Beeinträchtigung der vorhandenen Krankenhausanlagen einen Neubau in der Größe von 12 ha zu schaffen."

halb oftmals unterblieben. Daß Wegzeiten von 1 - 2 Stunden nicht der einzige Grund für eine mangelhafte Verankerung einer psychiatrischen Großklinik in der zu versorgenden Kommune sind, versteht sich von selbst. Dennoch sollte der Faktor Entfernung und damit Zeit (um beispielsweise von ärztlicher Seite persönliche Kontakte zum Sozialpsychiatrischen Dienst des betreffenden Gesundheitsamtes, zur psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses im Bezirk, zu Heimen etc. oder von seiten der Sozialarbeiter Kontakte zu Arbeitgebern oder wegen der Wohnsituation in Gestalt von Hausbesuchen aufzunehmen) nicht außer Acht gelassen werden.

Chronik des Strukturwandels

Die Landesnervenklinik Berlin nahm im Januar 1961 ihre Arbeit auf. Zu diesem Zeitpunkt waren sechs Stationen mit insgesamt etwa 200 Betten fertiggestellt. Dazu kamen die notwendigen Betriebsanlagen (Küche, Heizung, Betriebsgaragen etc.) sowie Personalwohnungen und ein Schwesternhaus. Von den sechs Stationen fungierten zwei als geschlossene Aufnahmestationen, getrennt für Frauen bzw. Männer. Zwei in einem Gebäude befindliche Stationen hatten den Charakter "halboffener" Stationen für längerfristig bzw. langfristig erkrankte Männer. In dem dritten 1961 fertiggestellten Bettenhaus befanden sich zwei entsprechende Stationen für Frauen. +) Die "halboffenen" Stationen nahmen wenige Patienten direkt auf.

1962 kamen insgesamt drei Häuser mit sechs Stationen dazu: Zwei geschlossene Aufnahmestationen in einem Gebäude (eine für männliche Patienten, die darüberliegende Station für weibliche Kranke); ein offenes Haus mit einer gemischtgeschlechtlich belegten Station für Patienten mit vorwiegend neurotischen Störungen und eine offene Männerstation, die wenig Patienten direkt aufnahm. Ein Haus beherbergte zwei Stationen für vorwiegend ältere, langfristig oder chronisch kranke, weibliche Patienten. Die letztgenannten Stationen wurden ebenfalls als "halboffen" bezeichnet und nahmen wenige Patienten direkt auf.

- +) Der Terminus "halboffen" bedeutet, daß durch die Konstruktion der Häuser die Stationen in zwei Flurseiten aufgeteilt sind, wobei die Möglichkeit besteht, die Stationstür, die von draußen in die Eingangshalle und zur Treppe der darüberliegenden Station führt, zu verschließen oder jeweils die Türen, die die Stationsflure von der Eingangshalle trennen, geschlossen zu halten. Die in der LNK von Anfang an geübte Praxis bestand zumeist darin, die Flurseite, von der aus die geringste Distanz zum Stationszimmer besteht, abzuschließen und dort die Patienten zu beherbergen, die den Eindruck vermehrter Pflegebedürftigkeit oder verstärkter Überwachungs- und Restriktionsnotwendigkeit nach Einschätzung des Stationspersonals oder der Ärzte machten. Demgegenüber kamen auf die "offene Seite" Patienten, denen mehr Selbständigkeit und Freizügigkeit zugemutet wurde.

1 9 6 2 wurden weitere Gebäude innerhalb der Klinik ihrer Bestimmung übergeben: Ein Verwaltungsgebäude, ein an die Küche angrenzendes Kasino sowie ein "Mehrzwecksaal", daneben an der Peripherie der Klinik weitere Personalwohnungen sowie ein Schwesternhaus.

1 9 6 3 kamen weitere acht Stationen hinzu. Ein Haus mit zwei Stationen beherbergte die neurologisch erkrankten Männer bzw. Frauen; in einem Haus wurde unten die Beschäftigungstherapie eingerichtet, während die darüberliegende Station eine offene Station für Männer und Frauen darstellte, die wenig Direktaufnahmen tätigte. In einem Haus wurden zwei "halboffene" Stationen mit langfristig bzw. chronisch erkrankten Männern belegt, wobei diese Stationen z.T. langfristig hospitalisierte Patienten aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik übernahmen. Ein Haus wurde auf der unteren Station teilweise mit Frauen, teilweise mit Kindern belegt, während die obere Station langfristig bzw. chronisch erkrankte Frauen und ebenfalls Kinder beherbergte.

1 9 6 4 wurde die erste Phase des Ausbaus der Landesnervenklinik Berlin mit der Eröffnung von vier weiteren Stationen, den zentralen diagnostischen Einrichtungen (Röntgen, Zentrallabor etc.) sowie einer Gärtnerei abgeschlossen. Es entstand ein größeres Haus, das im Erdgeschoß die Räumlichkeiten für die Aufnahme, die diagnostischen Einrichtungen etc. beherbergt, im ersten Stock eine geschlossene Männer-Aufnahmestation und im zweiten Stock eine geschlossene Frauen-Aufnahmestation. In einem Haus wurde die Station im Erdgeschoß ab November 1964 dazu genutzt, die auf zwei Frauenstationen verteilten Kinder zu konzentrieren, die darüberliegende Station fungierte als offene Frauenstation.

An dieser Stelle sei einiges zur Frage der Funktionsgerechtigkeit und Bauausführung der Gebäude gesagt, die den Ort der Handlung für eine zeitgemäße Psychiatrie darstellen sollen.

Die ersten sechs der im Zuge des ersten und zweiten Bauabschnittes erstellten elf Stationsgebäude mit jeweils zwei Stationen zeichnen sich

durch eine bemerkenswerte Karglichkeit der Raumausstattung und durch sparsame Bauausführung aus, die dazu geführt hat, daß zehn Jahre nach ihrer Fertigstellung die grauen Betonbauten bereits bauliche Mängel aufwiesen, die sich in Rissen, feuchten Wänden etc. zeigten. Bezüglich der Funktionalität der Häuser wird sichtbar, daß offenbar nicht nur äußerst sparsam geplant und gebaut worden ist (beispielsweise haben die ersten Gebäude kein Kellergeschoß und damit keine Räumlichkeiten zur Unterbringung von Geräten, Zusatzbetten, Patientengepäck etc. und keinen Personenaufzug, so daß nicht gehfähige Patienten über den gemeinsamen Eingang der unteren Station und die von der Eingangshalle zur oberen Station führende Treppe getragen werden müssen), es zeigt sich auch bei der täglichen Arbeit, daß wenig praktische Phantasie bei der Planung zur Anwendung gekommen zu sein scheint. Zwar sind auch bei den als erste errichteten Gebäuden der Landesnervenklinik gewisse humane und hygienische Gesichtspunkte berücksichtigt worden (beispielsweise hat jedes Zimmer eine Waschgelegenheit und befinden sich auf beiden Stationsseiten durch eine Tee- und Spülküche getrennte Eßräume sowie auf jeder Seite Toiletten und Bäder), jedoch scheint bereits das Schaltpult für die elektrische Beleuchtung der Station, welches sich hinter einer Glasscheibe befindet, durch die man vom Stationszimmer aus einen Blick in die Eingangshalle hat, ebenso wie das runde Sprechfenster (entsprechend einem Fahrkartenschalter) in der Scheibe des Stationszimmers (durch das der Stationspfleger, hinter dem Pult sitzend, die Patienten abfertigen sollte) zu demonstrieren, daß hier der Ort des Zusammenlebens und Zusammenarbeitens von Patienten und Therapeuten in einer zeitgemäßen Psychiatrie eher praxisfern am grünen Tisch und am Reißbrett als durch praktische Erfahrung inspirierte Beiträge der Betroffenen geplant worden ist. Zudem hätte es m.E. Ende der 50er Jahre möglich sein können, die in der akuten Psychiatrie für einen Teil der Kranken notwendigen Wachsäle anders zu konzipieren als es hier geschehen ist. Ein Wachaal, der - durch brusthohe Mauern unterteilt - mit zehn bis dreizehn Betten belegt ist und in dem zu den "Waschzeiten" an einem halben Dutzend nebeneinander liegender Waschbecken z.T. unbedeckte Kranke mit der Reinigungs-

prozedur beschäftigt sind, ein solcher Wachsaal kann dem nicht durch Gewöhnung abgestumpften Beobachter - beispielsweise einem sensibilisierten Patienten - einen Anblick bieten, der möglicherweise schockierend auf ihn wirkt. Derart konstruierte Wachsäle entsprechen weder den Erfordernissen einer angemessenen Betreuung akut psychotisch oder hirnnorganisch Erkrankter, noch auch nur entfernt milieutherapeutischen Maßstäben, die in der Psychiatrie nicht erst heute gesetzt worden sind.

Auch wäre es Krankenhausplanern und ihren medizinischen Beratern zu empfehlen, einmal die eigenen Empfindungen zu registrieren, wenn sie in einem vom Wachsaal in einer Ecke durch einen Glaskasten getrennten, schlecht belüfteten Abort vor den Blicken anderer ihre Notdurft zu verrichten versuchen. - Wer diese Abschweifung für eine unzulässige Polemik hält, dem muß erwidert werden, daß auch in der Psychiatrie Symptome einer "totalen Institution" nicht unbedingt in Anstaltskleidung und brutal unmenschlichen Verhältnissen zu finden sind, sondern sich auch in subtileren Formen einer Haltung widerspiegeln können, die zeigen kann, daß man den "Insassen" einer Institution für einen gänzlich Andersartigen hält und daß man ihm unter der Devise Sorgfaltspflicht und Fürsorge u.U. eine Entwürdigung zumutet, die man von sich selbst weit zurückweisen würde.

Hier soll bezüglich der Bauausführung dieser psychiatrischen Großklinik nicht weiter ins Detail gegangen, sondern nur noch erwähnt werden, daß die Realisierung der Bauplanungen in der Landesnervenklinik Berlin jeweils von den Erfordernissen und Tatsachen überholt worden ist. So hat sich beispielsweise in einem Haus des ersten Bauabschnittes, das als Aufnahme- station fungiert, schon bald die Notwendigkeit ergeben, aus den ursprünglich für 29 bzw. 30 Betten geplanten Stationen eine Abteilung mit 41 bzw. 42 Betten zu machen, was die ursprüngliche Baukonzeption ohnehin über den Haufen geworfen und - als es notwendig wurde, die Stationen mit zwei Ärzten zu besetzen - beispielsweise dazu geführt hat, daß der zweite Assistent sich mit einem 2 x 4 m großen Zimmer, das eigentlich als Untersuchungs- zimmer neben dem von der Eingangshalle abgehenden Stationsarztzimmer gedacht war, begnügen muß. Bemerkenswert ist immer-

hin, daß die anfänglich spartanische Ausstattung der ersten sechs Häuser einer großzügigeren Bauweise bei den später erstellten Häusern gewichen ist, die sämtlich mehr Nebenräume aufweisen und bei einer Stationsgröße von 30 Normalbetten mit Bettenaufzügen, Terrassen und Balkonen ausgestattet sind und getrennte Eingänge erhalten haben. Auch ist der nüchterne Charakter der Betonbauweise durch die Errichtung von Backsteinbauten vermieden worden, was sich atmosphärisch positiv auswirkt. Zu verzeichnen ist, daß nach einer anfangs extrem kostensparenden, dürtigen baulichen Ausstattung der Landesnervenklinik sich im Zuge der Erweiterung der Klinik nicht nur eine die therapeutischen Möglichkeiten einschränkende Raumknappheit bemerkbar gemacht, sondern auch eine gegenüber psychisch Kranken großzügigere Haltung - was die Bereitstellung von Mitteln betrifft - sich durchgesetzt hat.

Ende 1964 stellt sich bezüglich der Klinikstruktur folgende Situation dar: Sechs geschlossenen "Wachstationen" (drei für weibliche, drei für männliche Patienten) mit insgesamt ca. 210 Betten stehen vier offene psychiatrische Stationen mit ca. 120 Betten gegenüber, die mit unterschiedlicher Intensität Patienten direkt aufnehmen (eine Station für männliche, eine für weibliche Patienten, zwei Stationen gemischtgeschlechtlich belegt). Die Stationen, die in der Direktaufnahme von Patienten zurückhaltend sind, dienen den psychiatrischen "Wachstationen", indem sie Patienten von dort übernehmen, weiterbehandeln und entlassen.

Eine gemischtgeschlechtlich belegte Station für vorwiegend neurotisch gestörte Männer und Frauen mit insgesamt 30 Betten nimmt Patienten direkt auf oder bekommt sie - sobald eine Indikation dafür gesehen wird - von den geschlossenen oder offenen psychiatrischen Aufnahmestationen verlegt. In zwei Häusern finden sich vier Stationen mit insgesamt mindestens 120 Betten für langfristig bzw. chronisch erkrankte Männer, beide Häuser nehmen kaum direkt Patienten auf, sondern bekommen sie von den übrigen psychiatrischen Stationen der Klinik verlegt, wobei ein Haus schon bald den Charakter von chronischen Stationen mit langfristig hospitalisierten, schwer und chronisch gestörten und erkrankten Patienten erhält und

entsprechend dem Schweregrad der Gestörtheit und Betreuungsbedürftigkeit der Patienten stärker bewahrende und protektive Züge entwickelt, während das andere Haus mit zwei Stationen für langfristig zu rehabilitierende Männer Wert auf Aktivitäten ergotherapeutischer Ausrichtung legt. Diesen vier Stationen für langfristig bzw. chronisch erkrankte Männer stehen fünf entsprechende Stationen mit mindestens 150 Betten für weibliche Patienten gegenüber.

Die beiden neurologischen Stationen mit insgesamt 60 Betten werden durch die erwähnte kinderpsychiatrische Station mit ca. 30 Betten ergänzt.

1 9 6 5 werden die therapeutischen Möglichkeiten der Klinik durch die Eröffnung eines Hauses für die Arbeitstherapie mit vier Werkstätten (Tischlerei, Druckerei und Buchbinderei, Schlosserei und Nähwerkstatt) erweitert, eine neuerrichtete Krankenpflegeschule schafft Voraussetzungen für eine Aus- und Weiterbildung des Krankenpflegepersonals, das 1964 225 Pflegekräfte umfaßt.

1 9 6 6 wird ein Badehaus mit zusätzlichen Räumlichkeiten für die Krankengymnastik (Gymnastiksaal etc.) eröffnet.

Strukturänderungen tiefgreifender Art werden in dem Zeitraum von 1964 bis 1969 nicht vorgenommen. In einem Haus allerdings ändern zwei geschlossene Aufnahmestationen seit 1964 zunehmend ihren Charakter: Sie werden Stationen für "chronisch unruhige" Patienten, die wegen ihrer Integrationsschwierigkeiten auf anderen Stationen hier zusammengefaßt werden. Es resultiert ein Haus mit ausgeprägt restriktivem Charakter und spannungsgeladener Atmosphäre.

1 9 6 9 wird ein geräumiges und großzügig ausgestattetes Haus für die Beschäftigungstherapie eröffnet.

Es kommen zunächst acht Stationen des vierten Bauabschnittes hinzu, wovon sechs Stationen für die gerontopsychiatrische Abteilung zur Verfügung stehen, zu deren Gründung man sich entschlossen hatte, da der relativ

hohe Anteil geriatrischer Patienten auf den psychiatrischen Stationen eine solche Untergliederung der Klinik sinnvoll erscheinen ließ. Die aus insgesamt acht Stationen bestehende Abteilung wurde zunächst in zwei Akutstationen für weibliche Patienten und eine gemischtgeschlechtlich belegte Akutstation aufgeteilt, ab 1974 wurden sämtliche Aufnahmestationen im gerontopsychiatrischen Bereich gemischtgeschlechtlich belegt. Von den insgesamt fünf chronischen gerontopsychiatrischen Stationen wurden zunächst vier mit weiblichen Patienten und eine gemischtgeschlechtlich belegt, ab 1974 standen zwei gemischtgeschlechtlich belegten, chronischen Stationen drei Stationen diesen Charakters für weibliche Patienten gegenüber. Die Gründung der gerontopsychiatrischen Abteilung, die ab November 1969 ihre ersten Stationen eröffnete, brachte eine tiefergehende Strukturänderung der Klinik mit sich, die auch dadurch gekennzeichnet war, daß die Bettenkapazität der Klinik auf über 1000 angewachsen war und damit eine Dimension erreicht hatte, die auf Kosten der institutionellen Übersichtlichkeit, der Kooperation und Koordination innerhalb der Klinik gehen sollte.

Die Gründung der gerontopsychiatrischen Abteilung war kombiniert mit weiteren Unterspezialisierungen von Teilbereichen der Klinik, z.B. der zwei im Oktober 1970 eröffneten, 30 Betten umfassenden, offenen, gemischtgeschlechtlich belegten Stationen für Alkoholranke, die in einem Haus eingerichtet wurden, das seit 1961 Stationen für chronisch psychisch erkrankte Frauen gedient hatte, die z.T. in die neueröffneten chronischen Stationen der gerontopsychiatrischen Abteilung verlegt wurden. Die Alkoholikerabteilung nahm vorwiegend nach Voranmeldung auch außerhalb der zum Versorgungsbereich der LNK gehörenden Sektoren ansässige Patienten auf oder übernahm alkoholranke Patienten nach Vorgesprächen von den geschlossenen Aufnahmestationen oder den übrigen Akutstationen der Klinik. Bei den Vorgesprächen wurde nach ausreichender Motivation für eine Weiterbehandlung im Anschluß an die überwundene Entzugssymptomatik geforscht, eine Übernahme alkoholranker Patienten, bei denen eine ausreichende Motivation für eine psychoanalytisch orientierte Therapie nicht deutlich wurde, erfolgte zumeist nicht.

Durch Eröffnung des neuen Gebäudes für die Beschäftigungstherapie wurde eine für diesen Zweck bisher verwendete Station frei, die zu einer Tagesklinik ausgebaut wurde, welche Anfang August 1969 ihre Arbeit mit Patienten vorwiegend von offenen Stationen aufnahm.

Durch den Bezug von zwei Stationen des vierten Bauabschnittes seitens der neurologischen Abteilung im September 1969 ergab sich die Gelegenheit, die ehemalige neurologische Männerstation in eine gemischtgeschlechtlich belegte Station für chronisch pflegebedürftige neurologische Patienten umzuwandeln. Die darüberliegende ehemalige neurologische Frauenstation zog um und machte Platz für Patienten einer über der Tagesklinik liegenden offenen psychiatrischen Station, deren Räume wiederum zu einer Nachtklinik umgewandelt wurden. Die Nachtklinik nahm Anfang November 1970 ihren Betrieb auf.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung wurde um eine Station erweitert durch Auflösung einer offenen Frauenstation, deren Patientinnen im Frühsommer 1970 in eine der beiden zuletzt eröffneten gerontopsychiatrischen Stationen umzogen bzw. entlassen oder auf andere Stationen verlegt wurden.

Im Hinblick auf weitere strukturelle Veränderungen der Landesnervenklinik Berlin soll hier noch eine Entwicklung erwähnt werden, die die Jahre 1974/75 betrifft, die dem Autor nicht mehr aus beteiligtem Erleben bekannt sind und von dieser Untersuchung nicht erfaßt werden: Die weitere Strukturierung der Klinik umfaßt die Belegung eines Wohnheimes für 65 Patienten der LNK in einem umgewandelten Schwesternwohnheim, in welches vor allem chronisch und langfristig Kranke aus langfristigen Rehabilitationsstationen und chronischen Stationen der Klinik ab 1. November 1974 verlegt wurden. Die Umwandlung der zwei chronischen Männerstationen in Aufnahmestationen für Alkoholranke ab Frühjahr 1975 und die Verteilung der chronischen Patienten auf die übrigen Stationen der Klinik stellt einen weiteren Schritt des Strukturwandels der LNK dar, ebenso wie die ab September 1975 durchgeführte Schaffung von nunmehr insgesamt drei sektoriellen Bereichen der Klinik unter Wiederauflösung der gerontopsychiatrischen Abteilung.

Versucht man, die Strukturänderungen im Verlaufe der Entwicklung dieser neugegründeten psychiatrischen Großklinik nach Konzepten und Perspektiven zu ordnen, stößt man auf Schwierigkeiten. So verwirrend die Darstellung der Struktur der LNK Berlin in ihren verschiedenen Umwandlungsformen sich anbietet, so pragmatisch sind Funktionsänderungen, Neubestimmungen, Umzüge, Verlagerungen in der Klinik vorgenommen worden, wobei der Zwang zum Handeln sich jeweils aus dem Wachstum der Institution und aus der Versorgungsproblematik, mit der sie sich konfrontiert sah, ergeben hat.

Bei Betrachtung der Chronik des Strukturwandels der Landesnervenklinik Berlin lassen sich folgende Phasen der Entwicklung herauslesen:

1. Phase der Konstituierung. Sie liegt zwischen 1961 und 1964 und zeichnet sich durch eine relative Kontinuität des Aufbaus aus, der mit der Eröffnung der 23. Station und der Erreichung einer Bettenzahl von 782 seinen Abschluß fand. Die Klinik hat bis zu diesem Zeitpunkt keine Aufnahmeverpflichtung für bestimmte Wohnbezirke West-Berlins, d.h. sie kann in gewisser Weise noch eine Selektion der aufzunehmenden Klientel betreiben und bekommt aus sämtlichen West-Berliner Bezirken Patienten zugewiesen. Die Verteilung der Patienten in den ersten Jahren des Aufbaus der LNK Berlin erfolgt relativ gleichmäßig, wobei einige Stationen die Funktion akuter Aufnahmestationen übernehmen, ein geringerer Anteil die Aufgaben offener Übergangsstationen übernimmt und der Rest für langfristig bzw. chronisch erkrankte Patienten zur Verfügung steht. Die Klinik hat insgesamt den Charakter von Überschaubarkeit, besonders widersprüchliche Erscheinungen treten nicht auf, die Notwendigkeit relativ kurzfristiger Strukturänderungen ergibt sich nicht. (Als Hinweis auf die Versorgungsleistung der Klinik in der ersten Phase ihrer Entwicklung soll hier die Angabe dienen, daß 1964 die Jahresaufnahmezahl 203,1 % der Bettenkapazität - bei 782 Betten - betrug).

2. Die zeitliche Phase von 1965 bis 1969-70 ist dadurch gekennzeichnet, daß die Landesnervenklinik aufgrund der seit 1965 bestehenden Aufnahme-

verpflichtung für vier West-Berliner Wohnbezirke - wie weiter hinten an der Zahl der Aufnahmen sichtbar werden wird - zunehmend unter den Druck gerät, eine ständig steigende Anzahl klinisch zu behandelnder Patienten aufzunehmen, wobei versucht wird, diesem Versorgungsdruck durch Erweiterung der Klinik um rund 200 Betten und durch die Schaffung funktioneller Bereiche - wie Alkoholikerabteilung und Gerontopsychiatrie - gerecht zu werden. Durch die Ausdehnung der Klinik auf über 1000 Betten und die Umstrukturierungen in einer wenig konsolidierten Situation beginnen Übersichtlichkeit der Gesamtinstitution und Kooperation sowie Koordination innerhalb der Institution zu leiden. Es entsteht die Gefahr, daß sich Teilbereiche der Gesamtinstitution gegeneinander abgrenzen. (1969 beträgt die Jahresaufnahmeziffer 296,6 % der Bettenkapazität der Klinik bei zunächst noch rund 872 Betten).

3. Die Phase ab 1973 ist dadurch gekennzeichnet, daß durch weitere Strukturänderungen bei bereits vorhandenen Spezialbereichen - Alkoholikerabteilung, Gerontopsychiatrie und Tagesklinik sowie Nachtklinik - mit der Einführung sektoriell zusammengefaßter Bereiche innerhalb der Klinik versucht wird, dem weiter ansteigenden Versorgungsdruck - gekennzeichnet durch einen fortgesetzten Anstieg der Aufnahmezahlen - standzuhalten. Das der internen Sektorisierung der Klinik zugrunde liegende Konzept sah außerdem vor, wiederaufgenommenen Patienten einen erneuten Aufenthalt dadurch erleichtern zu wollen, daß sie bei der Wiederaufnahme in ein ihnen bekanntes therapeutisches Milieu kommen sollten. Die Zusammenarbeit mit extramuralen Institutionen der entsprechenden Versorgungsgebiete - etwa den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter - sollte durch die Sektorisierung der Klinik verbessert werden.

Ob die unter dem Druck der Verhältnisse zustande gekommenen Umstrukturierungen der Klinik zu eng kooperierenden, den Patienten eine therapeutische Stufenrehabilitation bietenden Teilbereichen geführt haben, ist Gegenstand dieser Untersuchung und Sinn der statistischen Überprüfung,

die vorgenommen wurde. +) Es ist der Frage nachgegangen worden, ob die Patientenbewegungen (Aufnahmen, Weiterverlegungen und Entlassungen) innerhalb der Klinik Hinweise dafür liefern können, daß man durch Strukturierung und Umstrukturierung die Klinik dem Ziel einer gestuften Rehabilitation näher gebracht hat.

+) Die Frage, inwieweit die Landesnervenklinik durch Beschleunigung einer "Drehtür-Psychiatrie" sich ihre Versorgungsprobleme in Gestalt von Wiederaufnahmen teilweise selber schafft, ist dabei nicht berücksichtigt worden.

Statistische Untersuchungen

Anhand statistischer Daten, die gewonnen und ausgewertet wurden, sollen die Ergebnisse der Strukturierungen der Landesnervenklinik Berlin überprüft werden. Hierbei ist insbesondere folgenden Fragen nachgegangen worden:

1. Wie sieht die Verteilung der therapeutisch-administrativen Akte (Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen von Patienten) innerhalb verschiedener Bereiche der Klinik aus, die sich im Laufe ihrer Entwicklung eingestellt hat?
Lassen sich angesichts von Spezialisierung und Funktionalisierung sowie Sektorisierung der Landesnervenklinik Berlin Anzeichen dafür finden, daß mit dem Ausbau funktioneller und sektorieller Teilbereiche eine immer größere Anzahl von Patienten eine psychiatrische Stufenrehabilitation durchläuft? Gibt es in diesem Sinne für spezielle Patientengruppen spezifische Rehabilitationswege innerhalb der Klinik?
2. Wie steht es mit der sozialen Situation der Patienten? Gibt es in der durchgeführten Untersuchung Anzeichen dafür, daß sich die Klientel in ihrer sozialen Problematik verschlechtert hat?

An dieser Stelle sei eine detailliertere Illustration dessen eingeschoben, was oben "therapeutisch-administrativer Akt" genannt worden ist - d.h. Aufnahme, Verlegung und Entlassung von Patienten in der psychiatrischen Institution. Dazu sollen einige Merkmale dieser Akte aufgezeigt werden, damit deutlich wird, daß es sich hierbei nicht um vorwiegend administrative Vorgänge handelt, sondern um Eingriffe, die die psychische Situation des Patienten und die therapeutischen Einwirkungsmöglichkeiten auf ihn nachhaltig beeinflussen können.

Zur Aufnahme gelangt ein Patient zumeist über die in der Nähe des Klinik-
eingangs befindliche "Klinikaufnahme", in der die Personalien und notwendigen Grunddaten des Patienten festgehalten werden und die erste Begegnung mit dem diensthabenden Aufnahmearzt stattfindet. Ist der Patient

gegen seinen Willen in die Klinik eingewiesen worden, steht zumeist von vornherein fest, daß er auf eine geschlossene Aufnahmestation gebracht wird, auf der er mit oder ohne Begleitung erscheint und in Empfang genommen wird. Das Erstinterview mit dem diensthabenden Aufnahmearzt - der diese Aufgaben neben seiner alltäglichen Stationsarbeit erledigen muß - ist häufig genug nicht nur für den ersten Eindruck entscheidend, den der Patient selber macht, sondern auch dafür, wie sich ihm die psychiatrische Institution darbietet. Die nüchtern-verwaltungsmäßige Aufnahme-prozedur in einem beengten, wenig einladenden Raum kann durch die erste Begegnung mit dem diensthabenden Arzt der Klinik entspannt oder in einen Vorgang verwandelt werden, der in dem Patienten das intensive Gefühl des Ausgeliefertseins aufkommen läßt. Auf der Station wird der Patient vom Pflegepersonal in Empfang genommen, in einem ersten Kontakt mit einer Krankenpflegekraft kann er beginnen, Vertrauen zur Institution, auf die er nunmehr angewiesen ist, zu gewinnen oder sich als Objekt vor-zukommen, dem Stück für Stück zu seiner Persönlichkeit gehörender At-tribute abgenommen werden. Der in der Landesnervenklinik Berlin verwendete Pflegebericht läßt beide Möglichkeiten des Umganges mit neuaufge-nommenen Patienten offen. Ob der Patient nach Registrierung der im Pflege-bericht vorgedruckten Merkmale Blutdruck, Puls, Temperatur, Größe und Gewicht, nach Überprüfung von Zahnprothesen, sonstigen Prothesen, Haar-teilen und Brillen, Haematom, Dekubitus und Verletzungen, nach der Be-urteilung durch die Pflegekraft, ob er verwahrlost, ungepflegt oder ge-pflegt ist - sich als Objekt oder noch als Subjekt vorkommt, hängt nicht zuletzt von der Sensibilität der Krankenpflegekraft ab. Der Pflegebericht soll außerdem vermerken, ob die Kleidung des Patienten auf ärztliche Anordnung verbrannt worden ist, ob Wertsachen, Geld, Personalausweis, Flüchtlingsausweis, Rentnerkrankenkassenausweis, Versicherungskarte, Schwerbeschädigtenausweis, Kraftfahrzeugpapiere, Steuerkarte, Renten- und Pensionsunterlagen vorhanden sind und ob diese Unterlagen den Ange-hörigen ausgehändigt, zur Verwahrung abgegeben, auf Station einge-schlossen oder nicht abgenommen worden sind. So zwanghaft die Ver-zeichnung der angeführten Merkmale erscheinen mag - Komplikationen ergeben sich erst, wenn sie außer Acht gelassen wird und sich anschlie-ßend Diskrepanzen herausstellen zwischen der Darstellung von Patienten und dem Stationspersonal. Nachdem dem Patienten ein Einbauschrank auf dem Stationsflur der Wachsaaalseite zugewiesen worden ist, muß sich auch der körperlich nicht erkrankte Patient für gewöhnlich damit abfinden, seine Privatsachen abzulegen und sich im Wachsaaal ins Bett zu begeben. Fällt die Aufnahme eines Patienten in die Dienstzeit des Stationsarztes, kann er Glück haben, den zuständigen Arzt bald nach seiner Ankunft auf der Station zu Gesicht zu bekommen, in einer diagnostischen Anfangssituation verschafft sich der Arzt einen ersten Eindruck von der Geschichte und dem Verhalten des Patienten, er trifft die ersten therapeutischen Anord-nungen, die zumeist mit der Gabe von Psychopharmaka identisch sind und fällt u.U. - entsprechend seinem Eindruck - Entscheidungen, die es dem Patienten erleichtern können, sich mit der Einweisung in eine ge-schlossene psychiatrische Station abzufinden. Auch nach einer Aufnahme auf nicht geschlossenen Stationen liegt jetzt die Aufgabe vor dem Patienten,

sich mit seiner sozialen Umwelt vertraut zu machen, seinen Bettnachbarn wahrzunehmen und einzuschätzen, die sanitären Einrichtungen der Station kennenzulernen, sich danach zu erkundigen, wo das Essen eingenommen wird und wo man eine Zigarette rauchen kann etc. Der Eindruck einer fremden Umgebung wird entsprechend der herrschenden Atmosphäre entweder zur Beruhigung oder zu zusätzlicher Verunsicherung und Erregung eines in seinen Antriebsfunktionen, seinen Gefühlen, seiner Wahrnehmung und seinen Denkfunktionen möglicherweise veränderten Patienten beitragen. Besonders unruhige Stationen, auf denen durch hohen Patientendurchgang und raschen Wechsel innerhalb der Stationsgruppe keine Sicherheit vermittelnde therapeutische Struktur zum Tragen kommt, können zusätzlich zur psychischen Grundstörung institutionelle Schäden bei dem Patienten setzen, die zumindest sein Vertrauen in psychiatrische Therapie in Frage stellen. Im Anschluß an die Aufnahme wird der Patient mit dem Tagesablauf der Station konfrontiert, er lernt anläßlich des Weckens, der Mahlzeiten und der Wasch- und Reinigungsgewohnheiten auf der Station das Pflegepersonal in drei Schichten sowie das übrige Stationspersonal kennen, er muß sich u.U. nach der Anfangssituation, die er gemeinsam mit dem Stationsarzt erlebt hat, mit einem ebenfalls diagnostisch neugierigen Oberarzt und möglicherweise nochmals desgleichen mit einem Chefarzt auseinandersetzen. Während auf diese Weise die mit dem Patienten Beschäftigten hinter seine Störungen zu kommen versuchen, indem sie mehr oder weniger taktvoll in sein Leben und seine Geschichte eindringen, lernt der Patient kennen, was die Institution ihm zu bieten hat, von den Medikamenten und Visiten bis zu Gruppenveranstaltungen, Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapiemöglichkeiten, und er bemerkt - entsprechend seinen Möglichkeiten an Aufmerksamkeit und Auffassungsgabe - seine Leidensgenossen, die sich zwar nicht in der gleichen Situation wie er befinden, aber im Prinzip abhängig wie er sind.

Eine Verlegung innerhalb der Klinik stellt den Patienten zwar nicht vor die gleichen Probleme, die er bei der Neuaufnahme bewältigen mußte, fordert von ihm jedoch, sich erneut auf ein ihm unbekanntes Milieu, auf neue Therapeuten und andere Mitpatienten einzustellen. Mühsam geknüpfte persönliche Bindungen an Mitpatienten, Übertragungsverhältnisse zu Therapeuten und die Angst vor dem Unbekannten und vor neuen Anforderungen können eine Verlegung zu einem belastenden Eingriff machen, wenn die Übergänge von einer Station zur anderen nicht fließend sind und wenn nicht auf anderen Ebenen - beispielsweise der Beschäftigungstherapie - durch übergreifende und gemeinsame Aktivitäten die bedrückendste Fremdheit überwunden werden konnte. Je enger Kooperation und Koordination der Therapeuten auf den zusammengehörigen Stationen, desto leichter wird eine sinnvolle Stufenrehabilitation für den Patienten zustande kommen können. Die Verlegung eines Patienten kann jedoch auch allein vom Aufnahmedruck - dem die Aufnahmestation ausgesetzt ist - diktiert werden, ohne einen auch für den Patienten als sinnvoll erlebbaren Zusammenhang zu seiner Rehabilitation zu haben, d.h. sie kann zu einem untherapeutischen, willkürlich erscheinenden Akt werden.

Die Entlassung des Patienten sollte den Abschluß der Stufenrehabilitation

bilden. Sie stellt - in noch anderem Ausmaß als eine Verlegung innerhalb der Klinik - Ansprüche an die Anpassungsfähigkeit und wiedererlangte Stabilität des Patienten, zumal wenn sie ohne weichen Übergang erfolgt und eine anschließende ambulante Nachbetreuung durch die gleiche Institution nicht stattfindet. Obwohl Ziel jeder stationären Behandlung ist die Entlassung eines psychisch Kranken aus dem geschützten Milieu mit den für den Patienten vorhandenen Regressionsmöglichkeiten eine Anforderung, auf die er sorgfältig und gestuft vorbereitet werden muß. Plötzlich wegen Bettenmangels notwendig werdende Entlassungen können einen psychiatrischen Patienten in einem Maße verunsichern, daß der Erfolg stationärer Behandlung generell in Frage gestellt wird. Das Erlebnis, daß bei einer derartigen Entlassung die therapeutischen Kontakte zu den Bezugspersonen - so bescheiden sie auch gewesen sein mögen - ohne eine organisch wirkende Ablösung unterbrochen werden, kann in dem betroffenen Patienten ein Gefühl von Zufälligkeit und Unverbindlichkeit der therapeutischen Kontakte aufkommen lassen, er kann sich als weggestoßenes Objekt vorkommen. Auf die Entlassung aus disziplinarischen Gründen, auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat oder durch Abbruch des klinischen Aufenthaltes seitens des Patienten soll hier nicht eingegangen werden.

Wir sind bezüglich der Aufnahmen klinisch zu behandelnder, psychiatrischer Patienten stärker ins Detail gegangen und haben die Problematik von Verlegungen und Entlassungen in einer psychiatrischen Großinstitution angedeutet, um den nachfolgend dargelegten statistischen Zahlen das Gewicht zu verleihen, welches ihnen zusteht. Hohe Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungszahlen innerhalb psychiatrischer Institutionen können möglicherweise nicht Ausdruck besonderer Effizienz, sondern ein Zeichen dafür sein, daß sich eine psychiatrische Institution in einer kritischen Lage befindet.

Für die statistischen Untersuchungen wurden die Jahre 1964, 1969 und 1974 ausgewählt. Diese Auswahl bot sich deshalb an, weil sie gestattet, wesentliche Entwicklungs- und Versorgungsabschnitte festzuhalten:

Das Jahr 1964 markiert das vorläufige Ende der Konstituierung der Landesnervenklinik Berlin, die mit der Eröffnung der 23. Station im Laufe dieses Jahres ihren Abschluß fand. Die Klinik hatte bis zu diesem Zeitpunkt keine Aufnahmeverpflichtung und konnte daher noch eine gewisse Selektion der aufzunehmenden Klientel betreiben. Patienten wurden ihr damals noch aus sämtlichen West-Berliner Bezirken zugewiesen.

1969 stand die Landesnervenklinik am Ende ihrer Erweiterung auf eine Kapazität von über 1000 Betten. Seit bereits vier Jahren hatte sie Aufnahmeverpflichtung für die vier West-Berliner Bezirke Spandau, Charlotten-

burg, Wilmersdorf und Zehlendorf übernommen, wobei der letztgenannte Bezirk in diesem Jahr durch Tempelhof ersetzt wurde.

1974 waren seit Beginn größerer funktioneller Umstrukturierungen ebenfalls vier Jahre vergangen, und die Entwicklung der neuen Teilbereiche - der Alkoholikerabteilung, der gerontopsychiatrischen Abteilung, der Tagesklinik und der Nachtklinik - war weitgehend abgeschlossen. Die 1973 eingeleitete Einrichtung von zwei sektoriellen Untergliederungen innerhalb der Klinik für jeweils zwei Aufnahmebezirke hatte sich durchgesetzt.

Unsere Untersuchungen haben wir in drei Schritten vorgenommen. Zunächst wurden sämtliche Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen von Patienten für die drei genannten Jahre erfaßt und den jeweiligen Teilbereichen der Klinik zugeordnet. Der zweite Teil der statistischen Untersuchung bezog sich auf alle Patienten, die jeweils im Februar dieser Jahre aufgenommen worden waren. Dabei wurde der Frage nachgegangen, in welcher Weise der Patientenfluß innerhalb der Institution sich angesichts der zunehmenden Spezialisierung und Funktionalisierung sowie der Sektorisierung formiert hat und wie sich Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen innerhalb der einzelnen Abteilungen der Gesamteinstitution in bezug auf bestimmte Patientengruppen verteilt haben. Da die Ergebnisse der ersten beiden Untersuchungsschritte auf bestimmte Selektionstendenzen und insbesondere auf die Funktion der geschlossenen Aufnahmestationen im Rahmen der Gesamteinstitution hinwiesen, wurde in einem dritten Untersuchungsschritt die Population einer solchen Station an einem Stichtag erfaßt und danach befragt, ob sich die Patienten auf dieser Station als dem ihnen angemessenen Behandlungsort befanden.

Für den ersten Untersuchungsschritt - Gesamtaufnahmen, Verlegungen und Entlassungen in den drei untersuchten Jahren - mußte angesichts der großen jährlichen Aufnahmehzahlen und wegen der erheblichen Erfassungsschwierigkeiten für die zu befragenden Daten auf eine Differenzierung in einzelne Patientenkategorien verzichtet werden. Solche Differenzierungen konnten in mehrfacher Hinsicht dagegen bei der Untersuchung der Aufnahmen der jeweiligen Februarmonate dieser Jahre vorgenommen werden. Die Monate Februar wurden deshalb ausgewählt, weil sich erwarten ließ,

daß keine atypischen Verhältnisse durch Feiertags- und Urlaubszeiten in die Untersuchungen eingingen. Die Untersuchung wurde im März/April 1975 abgeschlossen, d.h. es wurde für die Betrachtung der Durchgänge der Zeitraum von mindestens einem Jahr auch für jene 14 Patienten erfaßt, die sich bei Durchführung der Untersuchung noch in der Landesnervenklinik befanden.

Bei diesem zweiten Untersuchungsschritt wurden aus Gründen der Überprüfung der Repräsentativität für die betreffenden Gesamtjahre analog Aufnahmen, Gesamtverlegungen und Entlassungen und ihre jeweilige Aufgliederung auf die verschiedenen Stationen bzw. Klinikbereiche gezählt. Daneben wurden folgende Parameter erfaßt:

1. Aufnahmebezirk
2. Alter
3. Geschlecht
4. Familienstand
5. Beschäftigungsverhältnis bei Aufnahme
6. Wohnverhältnis bei Aufnahme
7. Entlassungsdiagnose
8. Aufnahmestation
9. Anzahl der Verlegungen
10. Verlegende und aufnehmende Stationen für jede einzelne Verlegung
11. Aufenthaltsdauer bis zur ersten Verlegung
12. Gesamtaufenthaltsdauer
13. Entlassungsstation

Im Gegensatz zu den neurologischen Stationen sind die kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen bei der Verrechnung der Durchgänge durch die einzelnen Teilbereiche der Institution nicht berücksichtigt worden, da sich bezüglich des Patientenflusses hier praktisch keine Überschneidungen ergeben haben. In den Entlassungsstatistiken wurden außerdem die wenigen Todesfälle wie Entlassungen gezählt.

Auch bei der Auswertung der Stichtagsuntersuchung wurden verschiedene Gesichtspunkte zur Vorgeschichte und Chronizität der Erkrankung, der diagnostischen Zuordnung, der bisherigen Patientenkarriere sowie des Alters und verschiedene Parameter zur sozialen Lage berücksichtigt. Der gelegentlichen Unvollständigkeit der hierbei erhebbaren Daten wurde durch eine kurze Skizzierung jedes Einzelfalles begegnet, die eine Nachprüfung der Beurteilung ermöglicht.

Die Daten für den ersten Untersuchungsschritt wurden aus den in der Verwaltung gesammelten Bettenmeldungen des gesamten Jahres ausgezogen und erlaubten eine vollständige Rekonstruktion. Dagegen erwies sich die Datenerfassung für die differenzierenden zusätzlichen Parameter des zweiten Untersuchungsschrittes als schwierig. Daten für die Parameter eins bis sieben konnten in der überwiegenden Zahl der Fälle aus der Archivkartei der Klinik entnommen werden. Die Daten über die innerklinischen Patientenbewegungen wurden aus der Aufnahmekartei herausgesucht. Allerdings mußten diese Daten bei bereits häufiger wiederaufgenommenen Patienten aus den Krankengeschichten rekonstruiert werden, da infolge

raumsparender "Rationalisierungsmaßnahmen" länger als drei Aufnahmen zurückliegende Karteikarten mitsamt den auf ihnen enthaltenen Daten über die Verlegungen innerhalb der Klinik und die Entlassung vernichtet worden waren. Angesichts gelegentlich ungenauer Führung der Krankengeschichten oder ihrer Unauffindbarkeit kam es deshalb hier mitunter zu Informationslücken, die jedoch an keiner Stelle der Untersuchung 10 % der Gesamtzahl der jeweils erfaßten Patienten überschritten. Da die erhobenen Daten bei Patienten mit solchen Informationsausfällen keinen Anhalt für signifikante Abweichungen vom Rest des Samples ergaben, schien es gerechtfertigt, bei fehlender Information zu einer bestimmten Frage diese Fälle jeweils aus den prozentualen Aufschlüsselungen auszuklammern. Es wurde also jeweils von n minus Unbekannt = 100 % ausgegangen.

Jahr	Aufnahmen	Steigerung in % gegenüber Vorjahr
1961	638	
1962	872	36,7 %
1963	1223	40,3 %
1964	1589	29,9 %
1965	2297	44,6 %
1966	2327	1,3 %
1967	2405	3,4 %
1968	2576	7,1 %
1969	2587	0,4 %
1970	2964	14,6 %
1971	3120	5,3 %
1972	3251	4,2 %
1973	3306	1,7 %
1974	3512	6,2 %

Tab. 1: Jährlicher Aufnahmezuwachs 1961 - 1974

Tabelle 1 gibt zunächst einen Überblick über die zunehmenden Aufnahmezahlen. Dabei fallen drei Zäsuren auf: Eine 1963 gegenüber dem Vorjahr um 40,3 % gesteigerte Aufnahmezahl, die damit zusammenhängen dürfte, daß sieben Stationen in der Klinik eröffnet wurden. 1965 fällt eine 44,6 % betragende Steigerung der Aufnahmeziffern gegenüber dem Vorjahr auf,

die mit der Einführung des Aufnahmewzwanges für vier West-Berliner Bezirke in Zusammenhang zu bringen ist. Die 1970 um 14,6 % gegenüber dem Vorjahr ansteigenden Aufnahmen dürften wiederum mit der Fertigstellung des vierten Bauabschnittes und damit von acht weiteren Stationen zusammenhängen. Seit dem Endausbau der Landesnervenklinik Berlin, d.h. ohne eine Erweiterung der Bettenkapazität oder einen Ausbau von Behandlungsplätzen bzw. -möglichkeiten, ist von 1970 bis 1974 eine Steigerung der Aufnahmezahlen von insgesamt 17,1 % erfolgt.

	1961	1964	1969	1974
Geschlossene Aufnahme- stationen	2	6	4	4
Offene Stationen	-	4	3	2
Neurotiker-Station	-	1	1	1
Gerontopsychiatrische Aufnahmestationen	-	-	1	3
Alkoholiker-Stationen	-	-	-	2
Tagesklinik/Nachtklinik	-	-	-	2
Langfristige Reha-Stationen	2	2	2	3
Chronische Stationen (einschl. chron. Geriatrie ab 1970)	2	7	9	10
Neurologische Stationen	-	2	3	3
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	-	1	1	2
Insgesamt	6	23	24	32

Tab. 2: Anzahl der Stationen

Bezogen auf die genannten, für die jeweiligen Entwicklungsphasen charakteristischen Jahrgänge zeigt Tabelle 2 - unter Einbeziehung der Ausgangssituation nach der Eröffnung der Klinik - die zunehmende Auffächerung und Differenzierung der Gesamteinstitution, die einer funktionell ange-

messeneren Verteilung und einem sinnvollen Durchgang der aufgenommenen Patienten dienen sollte. Die vor allem im Intervall zwischen 1969 und 1974 hinzugekommenen Stationen zeigen das Bemühen, durch Funktionalisierung und Spezialisierung den wachsenden Problemen Rechnung zu tragen. Hingewiesen sei hier noch einmal auf die Einrichtung der gerontopsychiatrischen Stationen, der Spezialstationen für Alkoholiker sowie der halbstationären Einrichtungen einer Tages- und Nachtambulanz, die dem bereits vorhandenen Rehabilitationsbereich zugeordnet wurden.

	1964 Stationen	1969 Stationen	1974 Stationen
Geschlossene Aufnahme- stationen	6	4	4
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtambulanz (ab 1969/70)	5	5	10
Chronische Stationen u. Spezialstationen	12	15	18
Insgesamt	23	24	32

Tab. 3: Verteilung der Stationen auf die Klinikbereiche

In Tabelle 3 sind zum Zwecke der größeren Übersichtlichkeit die verschiedenen Stationen zu Bereichen zusammengefaßt. Den geschlossenen Aufnahme- stationen stehen zunächst die offenen Aufnahme- stationen einschließlich der Neurotikerstation gegenüber, zu denen nach 1969 auch gerontopsychiatrische Stationen und Stationen für Alkoholkranke sowie nach ihrer Eröffnung die Tag- und Nachtambulanz zu zählen waren. In der restlichen Kategorie sind langfristige Rehabilitationsstationen, die Stationen für chronische Patienten einschließlich der chronischen geriatrischen Stationen, Stationen für neurologisch Kranke und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengefaßt.

	1964	1969	1974
	Betten	Betten	Betten
Geschlossene Aufnahmestationen	210	160	161
Offene Aufnahmestationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	150	130	341
Chronische Stationen u. Spezialstationen	422	762	610
Insgesamt	782	1052	1112

Tab. 4: Verteilung der Bettenkapazitäten

Tabelle 4 quantifiziert die Entwicklung in bezug auf die Bettenkapazität. Die letzte Zeile der Tabelle zeigt zwischen 1964 und 1974 einen Bettenzuwachs von etwa 40 %. An diesem Zuwachs haben die drei Bereiche in unterschiedlicher und sogar gegensinniger Weise teilgenommen: Wie aus der ersten Zeile zu entnehmen ist, hatte sich die Bettenkapazität der geschlossenen Aufnahmestationen bereits 1969 um fast 25 % vermindert und blieb auf diesem Stand. Erheblich ist dagegen der Zuwachs für die offenen Aufnahmestationen zwischen 1969 und 1974 sowie für die chronischen und Spezialstationen zwischen 1964 und 1969.

	1964	1969	1974
	Aufnahmen		
Geschlossene Aufnahmestationen	980	2000	2241
Offene Aufnahmestationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	170	201	682
Chronische Stationen u. Spezialstationen	439	386	589
Insgesamt	1589	2587	3512

Tab. 5: Verteilung der Aufnahmen

Der Vergleich dieser Verhältnisse zu den Aufnahmeziffern ist aus Tabelle 5

zu entnehmen. Der aus der untersten Zeile ablesbare Anstieg auf mehr als das Doppelte liegt wesentlich höher als der Zuwachs an Betten. Aufschlußreich ist die Analyse bezüglich der einzelnen Bereiche. Während die Zunahme der Direktaufnahmen der chronischen und Spezialstationen zwischen 1964 und 1974 unwesentlich bleibt und etwa die Erhöhung ihrer Bettenkapazität widerspiegelt, stiegen die Aufnahmen auf den offenen Aufnahmestationen auf das Vierfache, also etwa das Doppelte der Zunahmen ihrer Betten an. Die Aufnahmesteigerung auf den geschlossenen Aufnahmestationen verhielt sich reziprok zur Bettenkapazität: Während diese bereits 1969 gesunken war, hatten sich die Aufnahmen im Vergleich zu 1964 schon hier auf mehr als die doppelte Zahl erhöht und stiegen 1974 weiter an, ohne daß eine Bettenvermehrung stattfand. Wie die absoluten Zahlen zeigen, hatten in allen untersuchten Jahren die geschlossenen Aufnahmestationen die weitaus meisten Zugänge aufzunehmen.

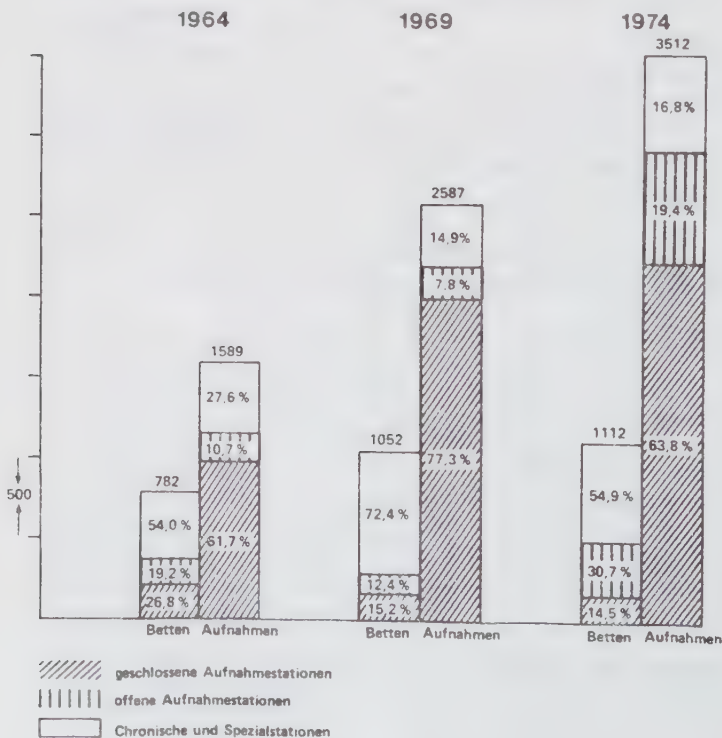


Abb. 1: Verteilung von Bettenkapazitäten und Aufnahmen

Abbildung 1 soll diese Verhältnisse veranschaulichen. Die linken Blöcke

beziehen sich jeweils auf die Bettenzahlen, die rechten auf die Aufnahmezahlen in den drei untersuchten Jahren, in beiden Blöcken sind Bettenkapazitäten wie Aufnahmezahlen der verschiedenen Bereiche gesondert gekennzeichnet. Beim Vergleich der drei Doppelblöcke wird anschaulich, wie sehr der Aufnahmezuwachs den Zuwachs an Bettenkapazität in beiden Intervallen überstieg. Bei gesonderter Betrachtung der Verhältnisse auf den geschlossenen Aufnahmestationen wird deutlich, in welchem Umfang der Kontrast zwischen jeweils vorhandenen Betten und steigenden Aufnahmezahlen hervortritt. Bei von 27 % auf 15 % sinkendem Anteil an Betten der Gesamteinstitution haben diese Stationen im Jahre 1964 62 %, 1969 77 % und 1974 64 % aller Aufnahmen verkraften müssen. Dabei ist bei Vergleich der beiden letzten erfaßten Jahre zwar der prozentuale Anteil der Aufnahmen auf den geschlossenen Stationen gesunken, der absolute Anteil trotz gleichbleibender Bettenzahl jedoch weiter angestiegen. Bei den offenen Aufnahmestationen entsprechen sich Betten- und Aufnahmeanteile weitgehend, bei den chronischen und Spezialstationen kam es bei einem relativen wie absoluten Zuwachs an Betten 1969 zu einem relativen wie absoluten Absinken an Direktaufnahmen von außen, deren Anteil sich 1974 trotz wieder sinkendem Bettenanteil etwas erhöhte, wobei die neurologischen Akutstationen an dieser Aufnahmeerhöhung hauptsächlich beteiligt sind.

	1964 Aufnahmen pro Bett	1969 Aufnahmen pro Bett	1974 Aufnahmen pro Bett
Geschlossene Aufnahmestation	4,7	12,5	13,9
Offene Aufnahmestationen einsch. Tag- u. Nachtambulanz (ab 1969/70)	1,1	1,5	2,0
Chronische Stationen u. Spezialstationen	1,1	0,5	1,0
Insgesamt	2,0	2,5	3,2

Tab. 6: Aufnahmen pro Bett und Jahr

Es läßt sich ableiten, zu welchen Konsequenzen für die einzelnen Klinikbereiche eine solche Entwicklung führte. Sie sind zunächst in Tabelle 6

dadurch verdeutlicht, daß hier die Aufnahmen pro Bett und Jahr in den verschiedenen Funktionsbereichen berechnet wurden. Während diese Quoten bei den chronischen und Spezialstationen um Zahlen zwischen 0,5 und 1 schwanken und sich bei den offenen Aufnahmestationen von 1 auf 2 verdoppelten, betrug die entsprechende Berechnungsziffer auf den geschlossenen Aufnahmestationen schon 1964 4,7, verdreifachte sich dann weiter auf die in der ersten Zeile für 1969 und 1974 ablesbaren Zahlen, die auf extrem hohe Durchgänge hinweisen.

Die bisherigen Untersuchungsergebnisse haben deutlich gemacht, daß die zunehmenden Versorgungsaufgaben der Klinik sich in einem den Bettenzuwachs weit überholenden Aufnahmezuwachs manifestieren, der sich akzentuiert und unausgewogen in den geschlossenen Aufnahmestationen niedergeschlagen hat.

Ein hoher Durchgang in diesen wäre dann sinnvoll, wenn sie vorwiegend als Verteilerstationen zur weiteren Platzierung der Patienten in denjenigen Teilbereichen der Institution dienten, die als Spezialstationen für die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten eingerichtet wurden. Dies wurde eine - auch statistisch deutliche werdende - hohe Verlegungsrate von diesen Stationen voraussetzen und einen entsprechend niedrigeren Anteil an Entlassungen.

	1964			1969			1974		
	A	V	E	A	V	E	A	V	E
Geschlossene Aufnahmestationen	980	560	509	2000	1082	1000	2241	857	1478
Offene Aufnahmestationen einschl. Tag- u. Nachtambulanz (ab 1969/70)	170	124	390	201	202	680	682	202	1211
Chronische Stationen u. Spezialstationen	439	220	531	386	160	871	589	187	765
Insgesamt	1589	904	1430	2587	1444	2551	3512	1246	3454

Tab. 7: Verteilung von Aufnahmen (A), Verlegungen (V) und Entlassungen (E)

Die Aufnahmestationen der Landesnervenklinik scheinen - den statistischen Ergebnissen zufolge - die Möglichkeit, die Patienten zum überwiegenden

Teil planvoll weiterzuleiten, nur sehr bedingt gehabt zu haben. Tabelle 7 enthält jeweils die Zahlen der Aufnahmen, Weiterverlegungen und Entlassungen in bezug auf die einzelnen Bereiche. Zwar steigen die - auch Rückverlegungen und Verlegungen innerhalb dieser Bereiche erfassenden - Gesamtverlegungszahlen entsprechend den steigenden Aufnahmezahlen zunächst an. Die erste Zeile für die geschlossenen Aufnahmestationen macht jedoch deutlich, daß die hohen Aufnahmezahlen hier nicht dazu geführt haben, daß von ihnen ein entsprechend großer und steigender Anteil an Patienten verlegt werden konnte: Die absoluten Zahlen für diese Verlegungen liegen 1974 nur um ein Drittel höher als 1964 bei einer Erhöhung der Aufnahmen auf diesen Stationen um das fast Zweieinhalbfache. Bereits diese Tabelle weist deshalb auf eine Entwicklung hin, welche die geschlossenen Aufnahmestationen mit ihrer Bettenkapazität von nur 15 % der Gesamtbetten zunehmend zum Hauptschauplatz der Patientenumwälzungen auch von innen nach außen gemacht hat.

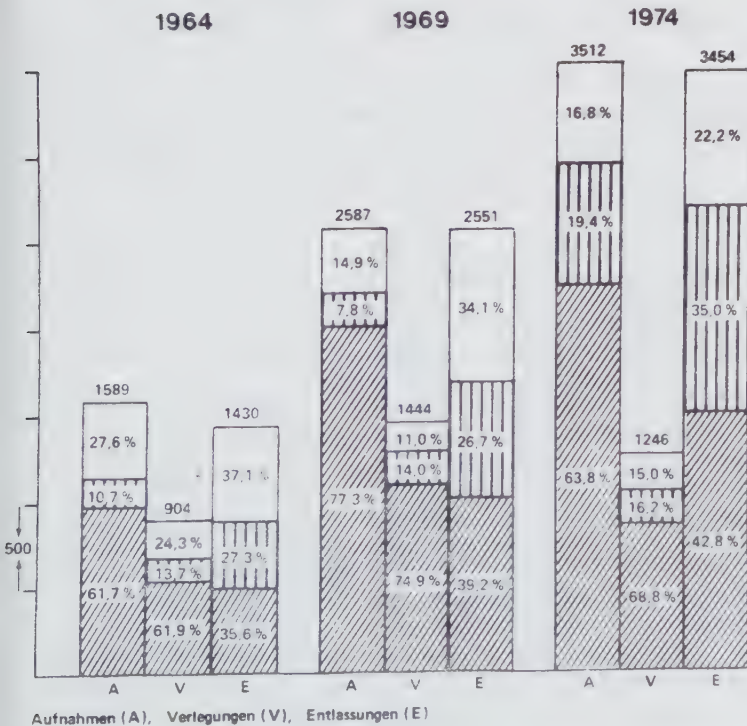


Abb. 2: Verteilung von Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen (Markierung wie in Abb. 1)

In Abbildung 2 wird versucht, die jeweiligen Verhältnisse graphisch zu

verdeutlichen. Die drei Blöcke für die untersuchten Jahre markieren - jeweils von links nach rechts - Aufnahmen, Weiterverlegungen und Entlassungen und entsprechen den absoluten Zahlen. Die Verhältnisse für die verschiedenen Bereiche sind wieder gesondert gekennzeichnet. Aus der Abbildung ist dreierlei unmittelbar zu entnehmen:

1. Bezüglich der Gesamtinstitution steigen die Aufnahmen - jeweils linke Kolonne - steil an, die Verlegungen - jeweils mittlere Kolonne - halten hiermit jedoch nicht Schritt, sondern fallen 1974 schließlich sogar in absoluten Zahlen ab.
2. Die geschlossenen Aufnahmestationen haben zwar den größten Anteil an den Weiterverlegungen. Beim Vergleich der jeweils mittleren Kolonnen mit den entsprechenden Anteilen der linken Kolonnen wird indes deutlich, daß die Verlegungen generell - insbesondere aber die von den geschlossenen Aufnahmestationen aus erfolgten - in bezug auf den steilen Anstieg der von diesen Stationen verkräfteten Aufnahmen zurückbleiben. Berechnet man den Verlegungsanteil in bezug auf die jeweiligen Aufnahmen, so sinkt auf den geschlossenen Aufnahmestationen dieser Anteil von 57% im Jahre 1964 auf 38 % im Jahre 1974.
3. Als Konsequenz ergibt sich bei Betrachtung der jeweils linken und rechten Kolonnen, daß der Anstieg der Aufnahmen auf den geschlossenen Stationen sich auch in deren Entlassungen widerspiegelt, die im Verhältnis zur Gesamtklinik prozentual zunehmen. Selbst 1974 ist dies trotz der zu diesem Zeitpunkt umfangmäßig reichen Differenzierung der übrigen Klinikbereiche noch der Fall. Diese Differenzierung spiegelt sich darin wider, daß anteilmäßig die Entlassungen von den offenen Stationen zunehmen gegenüber abnehmenden Entlassungen bei den chronischen und Spezialstationen.

Die bisher dargestellten Ergebnisse zeigen, daß die an und für sich reichen Gliederungsmöglichkeiten der Landesnervenklinik unter dem zunehmenden Aufnahmedruck nach Übernahme der Aufnahmeverpflichtungen für einen

recht großen Teil der in der Klinik aufgenommenen Patienten nicht genutzt werden konnten.

Es war danach zu fragen, inwieweit an diesen Entwicklungen ursächlich Verschiebungen innerhalb der behandelten Klientel nach Einführung der Aufnahmeverpflichtungen beteiligt gewesen sein mögen, ob sich hier beispielsweise Veränderungen in der Altersstruktur, der diagnostischen Zusammensetzung der Gruppen, im Sozialstatus der Patienten finden lassen und ob sich eine Aussage darüber treffen läßt, ob von der relativ geringen Durchlässigkeit zwischen den geschlossenen Aufnahmestationen zu den übrigen Teilbereichen der Klinik besondere Gruppen von Patienten in spezifischer Weise betroffen wurden. Hier sollen aus der exemplarischen Untersuchung, die sich jeweils auf die im Monat Februar der Untersuchungsjahre aufgenommenen Patienten bezog, nur die für unsere Fragestellungen wichtigsten Ergebnisse aufgezeigt werden.

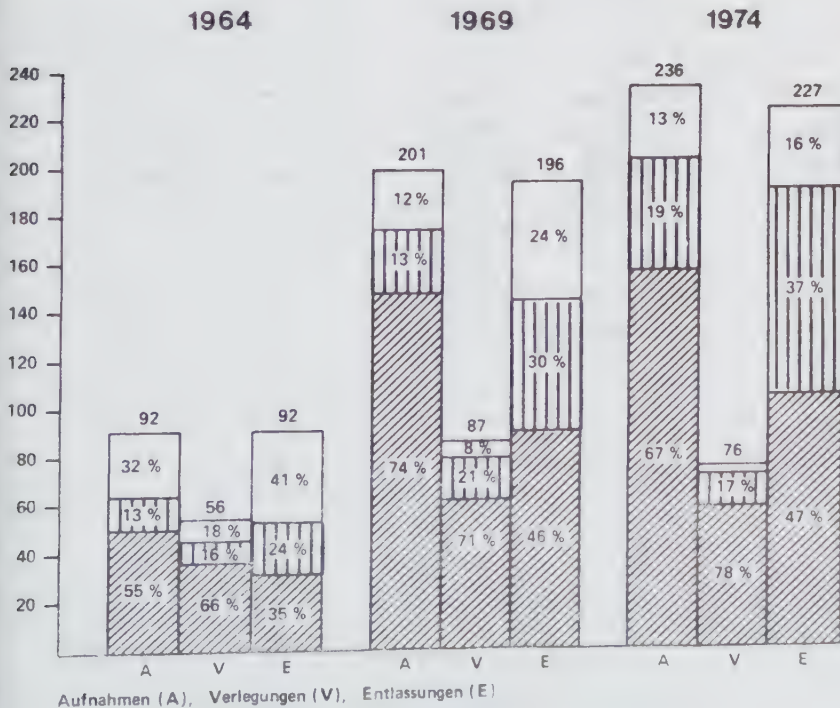


Abb. 3: Verteilung von Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen. Aufnahmemonat jeweils Februar. (Markierung wie in Abb. 1)

Abbildung 3 faßt zunächst wieder die Verhältnisse für Aufnahmen, Gesamt

der Weiterverlegungen und Entlassungen bezüglich der drei großen Klinikbereiche zusammen und entspricht in ihren Ergebnissen und den hieraus ableitbaren Schlüssen der Abbildung 2.

Für die Überprüfung der Repräsentativität dieser Monatsauswahl ist es unerheblich, daß bei der Gesamtauszählung der Jahrgänge alle Verlegungen und Entlassungen innerhalb jedes dieser Jahre unabhängig vom Aufnahmeterrnin erfaßt wurden, während Abbildung 3 die Verlegungen und Entlassungen der jeweils im Februar aufgenommenen Patienten unabhängig vom Zeitpunkt der Verlegungen und Entlassungen berücksichtigt. In beiden Fällen muß sich - sofern die kleinere Population typisch für die Gesamtverhältnisse ist - ein gleiches Ergebnis zeigen. Der Vergleich von Abbildung 2 mit Abbildung 3 demonstriert, daß dies in einem unerwartet hohen Ausmaß tatsächlich der Fall ist. Die Aufnahmen der jeweiligen Monate Februar erwiesen sich damit nachdrücklich als repräsentativ für die Verhältnisse der Gesamtinstitution in diesen Jahren und rechtfertigen insofern eine vorsichtige Verallgemeinerung der Ergebnisse von differenzierenden Fragestellungen, die an diesen Patientengruppen untersucht wurden.

	1964		1969		1974		Einwohnerzahl Stand 27.5.1970
	N = 96		N = 213		N = 265		
	N	%	N	%	N	%	
Spandau	13	13,5 %	91	42,7 %	106	40,0 %	197 687
Charlottenburg	12	12,5 %	57	26,8 %	54	20,4 %	201 732
Wilmersdorf	15	15,6 %	32	15,0 %	53	20,0 %	154 397
Tempelhof	1	1,0 %	2	0,9 %	31	11,7 %	159 730
Zehlendorf	9	9,4 %	15	7,0 %	3	1,2 %	
Tiergarten	1	1,0 %	2	0,9 %	2	0,8 %	
Wedding	7	7,3 %	1	0,5 %	1	0,4 %	
Kreuzberg	5	5,2 %	2	0,9 %	3	1,2 %	
Schöneberg	11	11,5 %	1	0,5 %	4	1,5 %	
Steglitz	5	5,2 %	6	2,8 %	1	0,4 %	
Neukölln	8	8,3 %	1	0,5 %	3	1,2 %	
Reinickendorf	7	7,3 %	2	0,9 %	0	---	
BRD	2	2,1 %	1	0,5 %	3	1,2 %	

Tab. 8: Verteilung der Aufnahmen nach Herkunftsbezirken
Aufnahmemonat jeweils Februar

Die Aufnahmen der drei Februarmonate sind in Tabelle 8 prozentual nach

Herkunftsbezirken aufgeschlüsselt. 1964 - vor Einführung der Aufnahmeverpflichtungen - ergibt sich eine relativ breite Streuung auf alle zwölf West-Berliner Bezirke. Unter der Bedingung einer freien Patientenselektion fiel damals der später zum Versorgungsgebiet zugeschlagene Bezirk Tempelhof nicht ins Gewicht. Die Verteilungen 1969 und 1974 demonstrieren den Zuwachs der Aufnahmen aus den zu versorgenden Bezirken, wobei 1974 - nach dem 1969 erfolgten Wegfall des Bezirks Zehlendorf - die Anteile des jetzt zum Aufnahmegebiet gehörenden Bezirks Tempelhof deutlich gestiegen sind. Auffallend ist 1969 wie 1974 eine im wesentlichen gleichbleibende Tendenz: Aus dem Bezirk Spandau wurden immer etwa doppelt so viele Patienten wie aus Charlottenburg und Wilmersdorf und etwa viermal so viele wie aus dem jeweiligen vierten Bezirk aufgenommen. Durch die auf der rechten Seite angeführten Einwohnerzahlen dieser Bezirke läßt sich diese Gewichtung nicht erklären. Es bleibt offen, inwieweit diese Ergebnisse teilweise durch andere in den betreffenden Bezirken gelegene oder von ihnen zugängliche kleinere psychiatrische Institutionen (z.B. an Allgemeinkrankenhäusern in Tempelhof oder Neukölln oder die Universitätsklinik in Charlottenburg) ohne Aufnahmeverpflichtungen mitgeprägt sind und inwieweit die unmittelbare Lage in einem Einzugsgebiet zu einer hohen Aufnahmenachfrage in diesem Gebiet geführt hat (etwa durch zunehmende Wohnraumbeschaffung innerhalb dieses Bezirkes für wohnungslose Patienten mit Hilfe der Klinik, was sich bei einer Wiederaufnahme in der geschilderten Weise niederschlagen muß). Es scheint immerhin bemerkenswert, daß die Aufnahmeanteile sich reziprok zu den mittleren Entfernungen der einzelnen Aufnahmebezirke verhalten.

	1964		1969		1974	
	N = 102		N = 213		N = 265	
	N	%	N	%	N	%
Männlich	48	47	92	43	132	50
Weiblich	54	53	121	57	133	50

Tab. 9: Verteilung nach Geschlechtern
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 9 zeigt keine signifikanten Verschiebungen bei der Verteilung der

Geschlechter. Zu notieren ist, daß der Anteil der weiblichen Patienten dem durchschnittlichen Anteil weiblicher Einwohner vom 56,9 % in den vier Aufnahmebezirken (vergleiche Seite 8) 1969 - also nach Einführung der Aufnahmeverpflichtung - entsprach. +)

	1964		1969		1974	
	N = 102		N = 213		N = 265	
	N	%	N	%	N	%
Bis 24 Jahre	19	18,6 %	16	7,5 %	43	16,2 %
25 - 44 Jahre	32	31,4 %	72	33,8 %	123	46,4 %
45 - 64 Jahre	40	39,2 %	82	38,5 %	64	24,2 %
Über 65 Jahre	11	10,8 %	43	20,2 %	35	13,2 %
Über 55 Jahre	28	27,4 %	89	41,8 %	67	25,3 %

Tab. 10: Verteilung nach Altersgruppen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Keine einleuchtend interpretierbaren Verschiebungen ergaben sich bei der Altersverteilung. Tabelle 10 zeigt ein relatives Ansteigen der mittleren Jahrgänge. Zu einem kontinuierlichen Anstieg der gerontopsychiatrischen Aufnahmen kam es nicht. Der Anteil der über 65jährigen aus den Aufnahmebezirken war zwar 1969 auf das Doppelte angestiegen, sank dann aber wieder ab. Auch die Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren und der Anteil aller

+) Die Geschlechtsverteilung zeigt für 1969 ein leichtes Überwiegen der weiblichen Patienten. Die völlige Ausgeglichenheit der Geschlechtsverteilung 1974 korrespondiert mit der Tatsache, daß bei der oben angeführten Auszählung sämtlicher Aufnahmen der Jahrgänge 1964, 69 und 74 im Jahr 1969 die Aufnahmen auf den geschlossenen Frauenstationen deutlich überwogen, während die 1974 gegenüber den entsprechenden Männerstationen ausgeglichen waren. (Auch dies als Hinweis auf die Repräsentativität der Monatsauswahl).

Patienten über 55 Jahre fällt im letzten Intervall ab. Da dieser Abfall sich auch in den absoluten Zahlen widerspiegelt, ist dieses Ergebnis angesichts der Überalterung der Bevölkerung auch in den von der Landesnervenklinik zu versorgenden Berliner Bezirken bemerkenswert. Es wäre denkbar, daß nach Einführung der Aufnahmeverpflichtung und der nach ihr erfolgten Aufnahme gerontopsychiatrischer Patienten eine gewisse "Sättigung" der Aufnahmenachfrage erfolgt ist; die in der Landesnervenklinik dann verbliebenen Patienten können in dieser Aufnahmestatistik nicht in Erscheinung treten.

	1964		1969		1974	
	N = 95		N = 213		N = 265	
	N	%	N	%	N	%
Demenzen u. Psychosen bei hirnorganischen Erkrankungen (ICD 290, 293)	4	4,2 %	20	9,4 %	16	6,8 %
Endogene Psychosen (ICD 295, 296)	29	30,5 %	40	18,8 %	67	25,3 %
Sonstige Psychosen u. Reaktionen (ICD 297, 298, 299)	5	5,3 %	27	12,7 %	12	4,5 %
Neurosen und Charakterneu- rosen (ICD 300, 301)	14	14,7 %	30	14,1 %	33	12,5 %
Alkoholpsychosen (ICD 291)	3	3,2 %	19	8,9 %	11	4,1 %
Alkoholismus (ICD 303)	8	8,4 %	28	13,1 %	57	21,5 %
Sucht u. Mißbrauch (ICD 304)	3	3,2 %	12	5,6 %	19	7,2 %
Schwachsinnformen (ICD 310-315)	4	4,2 %	3	1,4 %	2	0,7 %
Sonstiges (insbesondere neurologische Erkrankungen)	25	26,3 %	34	16,0 %	48	18,1 %

Tab. 11: Verteilung nach Diagnosen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Auch die Verteilung der Aufnahmen nach den Entlassungsdiagnosen (Tabelle 11) zeigt nur wenige aufschlußreiche Veränderungen, kann jedoch die relativen Verschiebungen in der Altersstruktur der Aufnahmen teilweise erklären. Auffallend ist der Abfall an Aufnahmen endogener Psychosen 1969 gegenüber den Vergleichsjahren bei gleichzeitigem An-

stieg der sonstigen Psychosen. Die nähere Analyse zeigt, daß die Verhältnisse hier durch einen Anstieg an Aufnahmen von als Involutionenpsychosen diagnostizierten Patienten bestimmt wurden. Deutlich ist - entsprechend den allgemeinen Erfahrungen - das Ansteigen der Alkoholkranken in diesen zehn Jahren, was auch den Anstieg der Patienten mittleren Lebensalters mitbedingt hat. Aufnahmen wegen Drogenabhängigkeit und Medikamentenmißbrauchs sind bei weitem nicht in gleichem Maße angestiegen. Die geringen Anteile für die Schwachsinnformen sind dadurch bedingt, daß es sich hier in der Regel um Dauerunterbringungen, zumindest um langfristig untergebrachte Patienten handelt, die in einer Aufnahme- statistik wenig ins Gewicht fallen. Auch aus der diagnostischen Aufschlüsselung ist die zunehmende Belastung der geschlossenen Aufnahme- stationen nicht zwingend ableitbar. Einen kontinuierlich ansteigenden Trend zeigen ja lediglich die Alkoholiker, für welche ab 1970 eigene aufnehmende Stationen - ebenso wie für die Geriatrie - zur Verfügung standen.

	1964	1969	1974
	N %	N %	N %
	N = 96	N = 210	N = 257
Getrennt oder geschieden	10 10,4 %	28 13,3 %	55 21,4 %
	N = 94	N = 171	N = 203
Beschäftigungsverhältnis vorhanden	32 34,0 %	43 25,1 %	45 22,2 %
Rentner und Frührentner	14 14,9 %	79 46,2 %	64 31,5 %
	N = 93	N = 207	N = 251
Patienten aus Heimen oder Asylen	2 2,2 %	13 6,3 %	31 12,4 %
Ohne festen Wohnsitz	4 4,4 %	8 3,9 %	10 4,0 %

Tab. 12: Soziale Verschiebungen bei den Aufnahmen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 12 ist in ihrer Aussagekraft eindeutiger. Sie zeigt eine deutliche

Verschlechterung des sozialen Status der aufgenommenen Patienten nach Einführung der Aufnahmeverpflichtungen und einen mit Ausnahme der Rentner auch in den folgenden fünf Jahren anhaltenden gleichsinnigen Trend. Die Tatsache einer zunehmenden sozialen Problematik der Klientel der LNK Berlin im Verlauf ihrer Entwicklung bedeutet - über die statistische Signifikanz hinaus - konkret folgende sozialen Verhältnisse, mit denen gerechnet und umgegangen werden mußte: Häufiger getrennt oder geschieden lebende Patienten liefern einen Hinweis auf eine Zunahme zerbrochener Ehen und Familien, abnehmende Prozentsätze vorhandener Beschäftigungsverhältnisse sind Anzeichen für eine zunehmende Berufsproblematik bei klinisch zu behandelnden psychisch Kranken, die Prozentzahlen der aus Heimen kommenden Patienten sowie das Auftauchen der Wohnadresse "Obdachlosenasyll" zeigen einen zunehmenden Trend, daß die psychiatrische Großklinik als Endstation für sozial unangepaßte und problematische Individuen dienen muß. Hier führte die Aufnahmeverpflichtung zu einer Auslese, die sich vor allem auch für die geschlossenen Aufnahmestationen in sehr belastender Weise niedergeschlagen hat.

	1964		1969		1974	
	N = 92		N = 201		N = 236	
	N	%	N	%	N	%
Geschl. Aufnahme- station	51	55	149	74	159	67
Offene Station	6	7	19	9	19	8
TK/NK	-	-	-	-	0	-
Langfristige Rehabili- tations-Station	1	1	1	1	1	1
Chronische Station	11	12	1	1	5	2
Gerontopsychia- trische Station	-	-	-	-	14	6
Alkoholiker-Station	-	-	-	-	8	3
Neurotiker-Station	6	7	8	4	5	2
Neurologische Station	17	18	23	11	25	11

Tab. 13: Aufnahmestationen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Bevor der Frage nachgegangen wird, inwieweit sich Besonderheiten beim

Durchgang bestimmter Patientengruppen durch die Gesamteinstitution feststellen lassen, sollen als zusätzlicher Maßstab solcher Beurteilungen die aus den Abbildungen 2 und 3 abzulesenden Ergebnisse noch unter einigen Gesichtspunkten betrachtet werden. Tabelle 13 differenziert die in Abbildung 1 und 2 ablesbaren Ergebnisse über die Aufnahmen in den verschiedenen Klinikbereichen durch eine Aufschlüsselung auf die einzelnen Stationen. Die Tabelle zeigt, daß insbesondere die offenen Aufnahmestationen in allen drei untersuchten Jahren wenig ins Gewicht fallen. 1974 treten neben den allgemeinen offenen Stationen und der Neurotikerstation Aufnahmen auf gerontopsychiatrischen und auf den Alkoholikerstationen hinzu. Die Neurotikerstation zeigt bei nichtansteigenden Aufnahmezahlen wegen des Anstiegs der absoluten Aufnahmezahlen der Gesamteinstitution ein Absinken des prozentualen Anteils. Die Tagesklinik bzw. Nachtklinik tritt im Februar 1974 - fünf einhalb Jahre nach ihrer Eröffnung - als Aufnahmemöglichkeit nicht in Erscheinung. Diese Tatsache mag schon jetzt als Hinweis dafür dienen, daß bei fehlender Vorschalt- und Nachsorgeambulanz sich Direktaufnahmen in halbstationäre Bereiche als äußerst schwierig herausstellen und daher zumeist unterbleiben.

Die hohen Anteile von Direktaufnahmen 1964 im chronischen und Spezialbereich waren durch Übernahmen von chronisch kranken Patienten aus der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik auf die chronischen Stationen der Landesnervenklinik bedingt.

	1964		1969		1974	
	N = 96		N = 199		N = 242	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	59	61	136	68	182	75
Einmal verlegt	22	23	50	25	49	20
Mehr als einmal verlegt	15	16	13	7	11	4
Verlegt insgesamt	37	39	63	32	60	24

Tab. 14: Anzahl der Verlegungen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Die Häufigkeit der Verlegungen innerhalb der Klinik nimmt im Verlaufe der Entwicklung ab, während der Anteil nichtverlegter Patienten zunimmt.

Tabelle 14 ergänzt die in Tabelle 7 und in Abbildung 2 und 3 abgelesenen Ergebnisse in bezug auf die Häufigkeit von Weiterverlegungen. Illustrierten diese beiden Abbildungen bereits das generelle Zurückbleiben von Weiterverlegungen (insbesondere von den geschlossenen Aufnahmestationen aus) gegenüber den Aufnahmen, so zeigt Tabelle 14, daß dieser Trend vor allem auch durch eine Abnahme der mehrfachen Verlegungen gekennzeichnet ist. Bemerkenswert ist diese Entwicklung deshalb, weil bei der zunehmenden Differenzierung der Landesnervenklinik angesichts des Übergewichts der Aufnahmen auf geschlossenen Aufnahmestationen und der diesbezüglichen relativen Bedeutungslosigkeit der sonstigen Stationen die wachsenden Aufnahmehzahlen zu einer Zunahme von Verlegungen und mehrstufigen Weiterverlegungen hätten führen müssen, um einseitige Belastungen des geschlossenen Aufnahmebereichs durch die zunehmenden Versorgungsaufgaben zu vermeiden und die Möglichkeiten der Differenzierung voll ins Spiel zu bringen. Eine solche Differenzierungsmöglichkeit wäre auch in einem Durchgang von den geschlossenen Stationen über offene Stationen in halbstationäre, rehabilitative oder spezielle Einrichtungen zu sehen, in einem mehrstufigen Durchgang also, der zu einem Steigen und nicht zu einem Sinken mehrmaliger Verlegungen hätten führen müssen.

Tabelle 14 konnte wegen der etwas später als ein Jahr nach dem 1974er Untersuchungsmonat durchgeführten Erhebungen diejenigen Patienten nicht erfassen, die sich zu diesem Zeitpunkt noch in der Landesnervenklinik aufhielten. Während der Erhebungen befanden sich von den Aufnahmen aus dem Februar 1964 keine, von 1969 noch fünf und von 1974 noch neun Patienten in stationärer Behandlung. Selbst unter der Voraussetzung, daß alle diese Patienten zu einem Zeitpunkt nach der Erhebung noch verlegt wurden oder verlegt werden - eine angesichts der Verlegungstermine (siehe Tab. 16) wenig wahrscheinliche Annahme - so wurden die Anteile der nichtverlegten Patienten noch immer von 61 % 1964 (n = 96) über 64 % 1969 (n = 204) auf 69 % im Jahr 1974 (n = 251) kontinuierlich und signifikant ansteigen.

	1964		1969		1974	
	N = 37		N = 63		N = 61	
	N	%	N	%	N	%
Geschl. Aufnahme- station	11	30	2	3	2	3
Offene Station	6	16	34	54	15	25
TK/NK	-	-	-	-	5	8
Langfristige Rehabili- tationsstation	3	8	10	16	3	5
Chronische Station	10	27	8	13	1	2
Gerontopsychia- trische Station	-	-	2	3	13	21
Alkoholiker-Station	-	-	-	-	12	20
Neurotiker-Station	6	16	5	8	4	7
Neurologische Station	1	3	2	3	6	10

Tab. 15: Erstverlegungsstationen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Daß die offenen Stationen die Aufgabe von "Übergangsstationen" übernehmen können und es zeitweilig auch getan haben, zeigt Tabelle 15. Während in Abbildung 2 und 3 die jeweils mittleren Kolonnen die Anteile der Klinikbereiche an Weiterverlegungen demonstrierten und besonders die relativ geringe Durchlässigkeit von den geschlossenen Aufnahmestationen zu den übrigen Klinikbereichen zeigten, ist in Tabelle 15 für alle erfolgten Verlegungen die jeweilige Zugangsstation erfaßt. Demnach kommt die Praxis, Patienten aus geschlossenen Aufnahmestationen in offene Stationen zu verlegen, in unserer Untersuchung für 1969 am deutlichsten zur Geltung: In der mittleren Kolonne ist der prozentual angestiegene Anteil der offenen Stationen an diesen Erstverlegungen zu sehen. 1974 sind die jetzt ins Spiel gekommenen halbstationären Einrichtungen, vor allem aber die gerontopsychiatrischen Stationen und die Alkoholikerstationen zum überwiegenden Anteil erste Verlegungsstationen. Die Bedeutung der chronischen Stationen bezüglich Erstverlegung tritt 1969 stark und 1974 ganz in den Hintergrund, wobei auch dieses Ergebnis nicht durch den Untersuchungszeitpunkt bedingt sein kann, da Erstverlegungen, die später als ein Jahr nach der Aufnahme erfolgten, praktisch nicht vorkamen (vergleiche Tab. 16). Die langfristigen

Rehabilitationsstationen zeigen ebenfalls 1974 gegenüber 1964, vor allem aber gegenüber 1969 einen abnehmenden Trend in ihrer Aufnahmefähigkeit für Erstverlegungen. Diese Zahlen könnten als Indiz dafür gewertet werden, daß die Mobilität auf den chronischen und den langfristigen Rehabilitationsstationen aufgrund einer Dauerbelegung mit nichtwiedereingliederungsfähigen Patienten im Lauf der Jahre abgenommen hat.

Der Abfall des Anteils der Neurotikerstation an Übernahmen bei Erstverlegungen 1969 und 74 kann durch höhere Anteile von Direktaufnahmen auf den offenen Aufnahmestationen erklärt werden. Der Zuwachs bei den neurologischen Stationen 1974 hängt möglicherweise mit der inzwischen erfolgten Erweiterung der Bettenkapazität dieses Bereiches zusammen. Bei den 30 % von Erstverlegungen auf die geschlossene Station im Jahre 1964 handelte es sich überwiegend um organisatorische Verlegungen bei der Neueröffnung weiterer geschlossener Stationen (siehe Seite 12).

	1964		1969		1974	
Erste Verlegung nach	N = 37		N = 63		N = 58	
	N	%	N	%	N	%
1 Tag	1	3	4	6	9	15
2 Tage - 1 Woche	4	11	7	11	12	21
1 - 2 Wochen	2	5	13	21	9	15
2 - 4 Wochen	10	27	19	30	17	29
1 - 2 Monate	9	24	14	22	6	10
2 - 3 Monate	5	14	3	5	3	5
3 - 6 Monate	3	8	2	3	1	2
6 - 12 Monate	2	5	1	2	0	-
Länger als 1 Jahr	1	3	0	-	1	2
Mittelwert (Median) in Tagen	33 Tage		21 Tage		14 Tage	

Tab. 16: Zeitpunkt der Erstverlegungen.
Aufnahmemonat jeweils Februar

Aufschlußreich sind auch die Ergebnisse der Frage nach dem Zeitpunkt der Erstverlegungen. Wie aus Tabelle 16 hervorgeht, sind solche Weiterver-

legungen in zunehmend kürzeren Zeitabständen nach der Aufnahme erfolgt. Dem anwachsenden Belegungsdruck auf den geschlossenen Aufnahmestationen scheint man in der LNK Berlin nicht durch vermehrte Verlegung einer größeren Patientenzahl, sondern durch schnellere Weiterverlegung relativ weniger Patienten begegnet zu sein.

	1964		1969		1974	
	N = 96		N = 199		N = 243	
	N	%	N	%	N	%
1 Tag	2	2	7	4	21	9
2 Tage - 1 Woche	2	2	12	6	24	10
1 - 2 Wochen	1	1	24	12	23	9
2 - 4 Wochen	12	13	38	19	39	16
1 - 2 Monate	20	21	41	21	54	22
2 - 3 Monate	19	20	30	15	32	13
3 - 6 Monate	20	21	28	14	33	14
6 - 12 Monate	8	8	9	5	11	5
1 Jahr und länger	12	12	10	5	6	2
Gesamtaufenthalt						
1 Tag - 1 Woche	4	4	19	10	45	19
Mittelwert (Median)						
in Tagen	77 Tage		41 Tage		33 Tage	

Tab. 17: Gesamtaufenthaltsdauern, Kurzaufenthalte und Mittelwerte Aufnahmemonat jeweils Februar

Eine ebenso auffallende Beschleunigung zeigen die Werte für die Gesamtaufenthaltsdauern (Tab. 17). Längere Aufenthaltsdauern treten zunehmend zurück, der Anteil der Kurzaufenthalte steigt. 1964 war die Hälfte der Patienten länger als 77 Tage, 1974 nur noch länger als 33 Tage hospitalisiert. Wie aufgrund der geschilderten Verhältnisse auf den geschlossenen Aufnahmestationen zu erwarten war, mußte sich die aus Tabelle 17 ersichtliche Beschleunigung der Gesamtaufenthaltsdauern für die geschlossenen Aufnahmestationen noch einmal akzentuiert ergeben: Hier war 1964 die Hälfte der Patienten länger als 70 Tage, 1974 nur noch länger als 21 Tage

hospitalisiert, während der Anteil der Kurzaufenthalte von 6 % 1964 über 11 % 1969 bis zu 26 % 1974 angestiegen ist. Eine qualitative Beurteilung dieser Ergebnisse läßt sich insofern ableiten, als sie dafür zu sprechen scheinen, daß eine Bewältigung des zu versorgenden Patientenandranges im Verlaufe der Entwicklung nur noch durch eine zunehmende Beschleunigung des Patientenstromes - die akzentuiert in den geschlossenen Aufnahmestationen vollzogen wurde - möglich gewesen ist.

	1964		1969		1974	
	N = 92		N = 196		N = 227	
	N	%	N	%	N	%
Geschl. Aufnahme- station	32	35	91	46	106	47
Offene Station	12	13	41	21	29	13
TK/NK	-	-	1	1	5	2
Langfristige Rehabi- tations-Station	6	7	12	6	2	1
Chronische Station	16	17	12	6	4	2
Gerontopsychia- trische Station	-	-	4	2	23	10
Alkoholiker-Station	-	-	-	-	19	8
Neurotiker-Station	10	11	11	6	10	4
Neurologische Station	16	17	24	12	29	13

Tab. 18: Entlassungsstationen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Der allgemeine Überblick über den Patientenstrom innerhalb der Klinik soll abgeschlossen werden durch Angaben über die Häufigkeitsverteilung der Entlassungsstationen (Tab. 18). Demnach sind von den im Februar 1974 aufgenommenen Patienten prozentual etwa gleichbleibende Anteile wie 1969 und mehr als 1964 von den geschlossenen Aufnahmestationen entlassen worden. 1974 haben die beiden übriggebliebenen, offenen Stationen weniger als Übergangstationen zur Entlassung dienen können als die 1969 noch vorhandenen drei offenen Stationen. Aus den langfristigen Rehabilitationsstationen und den chronischen Stationen gingen 1974 nur noch geringe

Anteile an Entlassungen der untersuchten Patienten hervor, was wiederum als Zeichen für die abnehmende Mobilität der Patienten in den genannten Bereichen gewertet werden könnte. Zur Entlassung bzw. zum Exitus letalis von/in der gerontopsychiatrischen Abteilung kamen 1974 10 % der untersuchten Fälle. von der Alkoholikerstation wurden 8 % entlassen. Die Neurosen-Station sank in ihrem prozentualen Anteil an Entlassungen von 11 % auf 4 %, was - in absoluten Zahlen ausgedrückt - eine etwa gleichbleibende Entlassungsfrequenz darstellt. Der halbstationäre Bereich - Tagesklinik und Nachtambulanz - innerhalb der LNK Berlin ist mit 2 % der Entlassungen im Jahre 1974 schwach vertreten.

Die folgenden Tabellen sollen die Frage beantworten, ob sich für bestimmte Patientengruppen spezifische Durchgangsmodalitäten finden lassen. Als für statistische Teilauszählungen ausreichend groß und sinnvoll in dieser Unterteilung wegen der angestrebten Funktionalisierung einzelner Klinikbereiche erwiesen sich die diagnostischen Untergruppen der endogenen Psychosen, der Neurosen und der Alkoholkranken.

Außerdem schien es im Hinblick auf die zunehmend umfangreicher werdenden gerontopsychiatrischen Stationen der Landesnervenklinik gegeben, auch diejenigen Patienten gesondert zu betrachten, für welche diese Stationen vorgesehen waren, Entsprechend der intendierten Praxis sind hierfür alle Patienten über 55 Jahre zusammengefaßt worden.

Schließlich war in Tabelle 12 eine zunehmende soziale Problematik sichtbar geworden. Als "soziale Problemfälle" sind daher im folgenden alle Patienten ohne Beschäftigungsverhältnis oder ohne festen Wohnsitz sowie Heim- und Asylpatienten gesondert untersucht worden. +)

+) Auf die Darstellung der Verhältnisse bei allein, getrennt oder geschieden lebenden Patienten - Merkmale, die ebenfalls einen Faktor im Sinne sozialer Isolation beinhalten können - wurde verzichtet, auch sollen die Ergebnisse bezüglich der übrigen untersuchten diagnostischen Gruppen hier nicht referiert werden, da die getrennte Untersuchung der drei genannten Diagnose-Gruppen ausreichend für eine Charakterisierung der Verhältnisse und für die Beantwortung der Frage erschien, ob für bestimmte Untergruppen Durchgangsmodalitäten im Sinne einer Stufenrehabilitation nachgewiesen werden können.

Im folgenden Abschnitt sind zunächst die zu der Diagnosegruppe "endogene Psychosen" zusammengefaßten Patienten durch eine kurze Beschreibung der bei ihnen erfaßten sozialen Parameter charakterisiert worden. Darauf folgend werden die Ergebnisse, die bei der Untersuchung der Durchgangsmodalitäten für diese Patientengruppe sichtbar geworden sind, referiert.

Die insgesamt 126 Fälle kommen mit zunehmender Tendenz (1974 zu 45 %) aus dem umliegenden Bezirk Spandau. Die Alterszusammensetzung weist auf ein Überwiegen mittlerer Jahrgänge hin mit einer leichten Zunahme der Altersgruppen zwischen fünfzehn und vierunddreißig Jahren im Intervall zwischen 1969 (51 %) und 1974 (57 %). Die Geschlechtsverteilung der Patienten mit endogenen Psychosen zeigt ein Überwiegen der weiblichen Patienten in allen drei untersuchten Jahrgangsmonaten (1974 zu 60 %).

Der überwiegende Teil der Patienten ist ledig (1964 ebenso wie 1969 zu 41 %, 1974 zu 46 %). Die Auszählung der Beschäftigungsverhältnisse bei der Aufnahme ergab keine aufhellend interpretierbaren Tendenzen. Als Charakterisierung der Berufssituation dieser Patientengruppe soll die Angabe dienen, daß 1974 rund ein Drittel von ihnen keinen Arbeitsplatz besaßen und etwa ein Drittel berentet oder frühberentet waren, während 1969 bei ein Drittel der Patienten Beschäftigungsverhältnisse vorhanden waren. 1964 kamen 93 % der Patienten, 1969 95 % aus einer eigenen Wohnung, 1974 nur noch 79 %. Während 1964 kein Patient aus einem Heim kam, waren es 1969 5 % der ausgezählten Patienten und 1974 bereits 16 %. Ein Patient kam 1974 aus einem Obdachlosenasyll.

	1964		1969		1974	
	N = 29		N = 37		N = 60	
	N	%	N	%	N	%
Geschl. Aufnahme- stationen	20	69	30	81	41	68
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	3	10	6	16	16	26
Chronische und Spezialstationen	6	20	1	3	3	5

Tab. 19: 'Anteile der Klinikbereiche an Aufnahmen von endogenen Psychosen

Aufnahmemonat jeweils Februar.

Tabelle 19 zeigt für die genannte Patientengruppe die Verteilungen der Zu-

gänge auf die verschiedenen Klinikbereiche. Es ergibt sich, daß in den drei Untersuchungszeiträumen der jeweils größte Anteil an Aufnahmen auf den geschlossenen Aufnahmestationen erfolgt ist. Zwar machen sich in der Tabelle die neuen offenen Aufnahmestationen - vor allem auch die 1974 zu 8 % an den Aufnahmen beteiligten Stationen der gerontopsychiatrischen Abteilung - bemerkbar, sie führten jedoch zu keinem Ausgleich. Der zwischenzeitlich noch gestiegene Anteil der geschlossenen Aufnahmestationen sank lediglich wieder auf das hohe Ausgangsniveau. 1974 ist keiner der Fälle mit endogenen Psychosen direkt im halbstationären Bereich - Tagesklinik - aufgenommen worden. Die Aufnahmen auf den chronischen Stationen 1964 waren durch Übernahmen von Patienten der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik mitbedingt.

	1964		1969		1974	
	N = 29		N = 36		N = 59	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	13	45	21	58	42	71
Einmal verlegt	10	34	11	31	13	22
Mehr als einmal verlegt	6	21	4	11	4	6
Verlegt insgesamt	16	55	15	42	17	29

Tab. 20: Anzahl der Verlegungen endogener Psychosen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 20 zeigt, daß der Anteil an Verlegungen von Patienten mit schizophrenen oder affektiven Psychosen abnimmt, und zwar in etwas geringerer Ausprägung als aus Tabelle 14 ersichtlich, an Hand derer die generelle rückläufige Tendenz bezüglich Verlegungen bereits beschrieben wurde. Bei den endogenen Psychosen wurden somit 1974 nicht viel mehr als 1/4 aller aufgenommenen Patienten überhaupt weiterverlegt.

	1964		1969		1974	
	N = 16		N = 15		N = 17	
Erste Verlegung in	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	4	25	0	-	1	6
Offene Aufnahme- stationen	5	31	9	60	9	53
TK/NK	-	-	-	-	3	18
Langfristige Rehabi- litations-Station	2	13	4	27	0	-
Chronische Station	4	25	2	13	0	-
Gerontopsych- iatriische Station	-	-	0	-	3	18
Alkoholiker-Station	-	-	-	-	0	-
Neurotiker-Station	1	6	0	-	1	6
Neurologische Station	0	-	0	-	0	-

Tab. 21: Anteile der verschiedenen Stationstypen bezüglich Erstverlegung
 endogener Psychosen
 Aufnahmemonat jeweils Februar

Die erste Verlegung erfolgte 1974 in geringerer Häufigkeit auf offene Stationen als 1969 (Tab. 21). Der relativ hohe Anteil von Erstverlegungen in geschlossene Aufnahmestationen des Monats Februar 1964 ist wiederum mit "Verlegungen aus organisatorischen Gründen" zu erklären. Die chronischen Stationen erweisen sich bei der untersuchten Patientengruppe als zunehmend aufnahmeunfähig für Erstverlegungen ebenso wie die langfristigen Rehabilitationsstationen. 1974 erfolgen 18 % von Erstverlegungen psychotischer Patienten in die gerontopsychiatrische Abteilung, ebenso viele wie in den halbstationären Bereich der Tagesklinik/Nachtklinik.

Tabelle 23 zeigt für die genannte Gruppe von Patienten mit endogenen Psychosen die Mittelwerte von Verlegungen und Entlassungen (entsprechend den Tabellen 16 und 17). Die Übersicht über den Zeitpunkt der Erstverlegung bzw. Entlassung von Patienten mit endogenen Psychosen ergibt, daß die Mittelwerte von Verlegungen und Entlassungen hier zwar etwas höher liegen als bei der Berechnung für alle Fälle, jedoch im Intervall 1969 zu 1974 bezüglich des Entlassungszeitpunktes eher eine noch deutlichere Beschleunigung zeigen.

Zusammenfassend läßt sich bezüglich der untersuchten Gruppen von Patienten mit endogenen Psychosen sagen, daß deutliche Anzeichen einer Stufenrehabilitation auch nicht im Zusammenhang mit der zunehmenden Differenzierung der Klinik sichtbar gemacht werden konnten.

	1964		1969		1974	
	N = 14		N = 24		N = 27	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	9	64	12	50	18	67
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtambulanz (ab 1969/70)	4	29	11	46	9	34
Chronische und Spezialstationen	1	7	1	4	0	-

Tab. 24: Anteile der Klinikbereiche an Aufnahmen von Neurotikern
Aufnahmemonat jeweils Februar

Wegen der geringen Zahl von Patienten, die die Diagnose Neurose aufwiesen, soll eine Interpretation der Daten über Altersverteilung, Geschlecht, Familienstand, Beschäftigungs- und Wohnverhältnisse bei Aufnahme unterbleiben, zumal sich aus den gesammelten Daten keine eindeutigen Tendenzen haben ablesen lassen. Es läßt sich lediglich sagen, daß es sich zum überwiegenden Teil um Patienten aus jüngeren Altersgruppen handelt (wobei 1964 71 % zwischen fünfzehn und vierunddreißig Jahre alt sind, 1969 40 % und 1974 53 %).

Bei den Neurotikern liegen im Vergleich zu den Verhältnissen der Gruppe

endogener Psychosen die Anteile an Aufnahmen auf geschlossenen Stationen 1964 und 1974 nur wenig tiefer. 1969 zeigte sich zwar ein Anstieg der Direkt-aufnahmen auf den offenen Stationen, woran die offenen Aufnahmestationen zu 17 und die Neurotikerstation zu 29 % beteiligt waren - dieser Trend hielt jedoch nicht an, so daß die geschlossenen Aufnahmestationen 1974 numerisch und prozentual einen höheren Aufnahmeanteil von Neurotikern haben als 1969 und 1964. Der schon aus Tabelle 13 hervorgegangene Tatbestand, daß die nicht spezialisierten offenen Stationen - einschließlich der Tages- und Nacht-klinik - keine deutlich zunehmende Aufnahmefunktion übernommen haben, ist in den Untersuchungen generell feststellbar. Zur Erklärung für den etwas höheren Aufnahmeanteil der genannten Stationen im Jahre 1969 könnte an ein seinerzeit besser funktionierendes Screening und eine bessere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten etwa durch intensivere Tele-fonkontakte mit entsprechenden Voranmeldungen von Patienten gedacht wer-den. (Tab. 24)

	1964		1969		1974	
	N = 14		N = 24		N = 27	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	9	64	22	92	21	78
Einmal verlegt	3	21	2	8	5	18
Mehr als einmal verlegt	2	14	0	-	1	4
Verlegt insgesamt	5	36	2	8	6	22

Tab. 25: Anzahl der Verlegungen von Neurotikern
Aufnahmemonat jeweils Februar

Der überwiegende Anteil der genannten Patientengruppe wird während des klinischen Aufenthaltes keimnal verlegt. Der Abfall der Verlegungen von Neurotikern zwischen 1964 und 1969 ist durch die oben beschriebene Er-höhung von Direktaufnahmen auf den offenen Aufnahmestationen in diesem Jahre bedingt. (Tab. 25)

Von den insgesamt fünf verlegten Neurotikern des untersuchten Februar-monats 1964 wurden ein Patient auf die offene Aufnahmestation, ein Patient auf die chronische Station und drei Patienten auf die Neurotiker-Station verlegt; die zwei im Februar 1969 aufgenommenen Neurotiker, die an-

schließend verlegt wurden, kamen auf die offene Aufnahmestation; 1974 wurden die insgesamt sechs verlegten Neurotiker auf eine geschlossenen Aufnahmestation, eine offene Aufnahmestation, die Tagesklinik, eine Alkoholikerstation, die Neurotikerstation und eine neurologische Station verteilt.

	1964		1969		1974	
	N = 14		N = 24		N = 27	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	6	43	10	42	14	52
Offene Aufnahmestationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	6	43	13	54	12	44
Chronische und Spezialstationen	2	14	1	4	1	4

Tab. 26: Anteile der Klinikbereiche an Entlassungen von Neurotikern Aufnahme- und Entlassungsmonat jeweils Februar

Der Anteil neurotischer Patienten, die jeweils im Februar der Untersuchungs- jahre aufgenommen und von den geschlossenen Aufnahmestationen wieder entlassen wurden, lag 1974 höher als 1969 und 1964. Der 1969 gestiegene Anteil an Entlassungen von offenen Aufnahmestationen korrespondiert mit den in diesem Untersuchungsjahrgang erhöhten Aufnahmeanteilen in diesem Bereich, wobei bei Betrachtung der hier nicht aufgeführten, differenzierten Aufschlüsselung der Entlassungsstationen bemerkenswert ist, daß von der Neurotikerstation zwar prozentual von 43 % im Jahr 1964 über 29 % im Jahr 1969 bis 26 % im Jahre 1974 sinkende Anteile von Patienten entlassen wurden, die im Untersuchungsmonat aufgenommen worden waren; numerisch handelte es sich dabei jedoch jeweils um die gleiche Patientenzahl von sechs bzw. sieben Patienten. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, daß - unabhängig von der Versorgungssituation der Gesamtklinik - Aufnahme- und Entlassungsfrequenz der Neurotikerstation sich nicht verändert haben, was sich unschwer mit einem Minimum an Behandlungszeit für neurotisch gestörte Patienten, mit der Notwendigkeit nicht zu rascher Veränderung der Patientengruppe, d.h. einer gewissen Kontinuität des therapeutischen Settings erklären ließe. (Tab. 26)

	1964	1969	1974
	N = 5	N = 2	N = 6
Erstverlegung nach	43 Tagen	10 Tagen	6 Tagen
	N = 14	N = 24	N = 27
Entlassung nach	42 Tagen	24 Tagen	37 Tagen
Gesamtaufenthalt			
1 Tag bis 1 Woche	N = 0	N = 3 13 %	N = 7 26 %

Tab. 27: Mittelwerte (Median) von Verlegungen und Entlassungen von Neurotikern sowie Anteile der Kurzaufenthalte Aufnahmemonat jeweils Februar

Tab. 27 zeigt an Hand der Mittelwerte von Verlegungen und Entlassungen bei neurotischen Patienten, die überhaupt verlegt wurden, daß der Zeitpunkt der Erstverlegung immer früher nach der stationären Aufnahme erfolgt ist. Angesichts der sehr kleinen Zahl betroffener Patienten könnte es sich hierbei um ein Zufallsergebnis handeln. Andererseits könnte die Interpretationsmöglichkeit angeboten werden, daß die betroffenen Patienten nach Diagnosestellung - sofern eine Indikation dafür gesehen wurde - 1969 und 1974 so rasch wie möglich in die ihren Problemen und Störungen angemessene Station weiterverlegt worden sind. Die Mittelwerte für die Entlassungen dieser Patientengruppe zeigen - im Vergleich zu den Durchschnittswerten für sämtliche von der Untersuchung erfaßten Patienten - daß zwar auch eine Verkürzung der Gesamtaufenthalte stattfindet, die jedoch weniger deutlich hervortritt, wodurch die oben angebotene Erklärung bezüglich einer von der Neurotikerstation aufgrund ihres Konzeptes als notwendig erachteten Mindestbehandlungsdauer eher gestützt wird. Der Anteil der Kurzaufenthalte bei der Gruppe der Neurotiker liegt 1969 und 1974 höher als der entsprechende Anteil bei sämtlichen untersuchten Patienten, was sich mit der zunehmenden Praxis, neurotisch gestörte Patienten, die einen Suicidversuch unternommen hatten, nach Überwindung der unmittelbaren Gefährdung bei vorhandenem Wunsch wieder zu entlassen, erklären ließe.

Die Anzahl der untersuchten Patienten mit chronischem Alkoholismus beträgt insgesamt 127 Fälle. Getrennt wurden 93 Fälle mit der Entlassungsdiagnose "chronischer Alkoholismus" (8 Fälle 1964, 28 Fälle 1969 und 57 Fälle 1974) von insgesamt 34 Fällen mit der Entlassungsdiagnose "Alkoholdelir und Alkoholpsychosen" (1964 3 Fälle, 1969 19 und 1974 11 Fälle).

Die Untersuchungsergebnisse lassen bezüglich der Aufteilung in Altersgruppen eine Verschiebung zugunsten der mittleren Jahrgänge erkennen (1974 sind 70 % der Alkoholiker zwischen fünfundzwanzig und vierundvierzig Jahre alt, 1969 46 %, 1964 51 %). Bei der Geschlechtsverteilung fällt ein Aufholen der weiblichen Patienten auf (die 1974 39 % der untersuchten Klientel mit der Diagnose "chronischer Alkoholismus" ausmachen gegenüber 25 % im Jahre 1969 ebenso wie im Jahre 1964). Die Angaben über den Familienstand zeigen eine Zunahme getrennt oder geschieden lebender Alkoholiker (1974 41 % gegenüber 4 % im Jahre 1969 und keinem Fall 1964), während die Aufschlüsselung des Beschäftigungsverhältnisses bei der Aufnahme alkoholkranker Patienten eine Zunahme der Berufsuntätigkeit zeigt (Beschäftigungsverhältnis nicht vorhanden bei 45 % 1974, 22 % 1969 und 13 % 1964).

	1964		1969		1974	
	N = 8		N = 26		N = 49	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	4	50	23	88	38	78
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	3	38	2	8	11	22
Chronische und Spezialstationen	1	13	1	4	0	-

Tab. 28: Anteile der Klinikbereiche an Aufnahmen von Alkoholikern
Aufnahmemonat jeweils Februar

Das Steigen der Aufnahmeanteile der geschlossenen Stationen für die chronischen Alkoholiker ist besonders hoch (Tab. 28), was wohl nur als Ausdruck dafür gewertet werden kann, daß diese anwachsende Patientengruppe von den übrigen Bereichen der Institution nicht verkraftet werden konnte.

Bis zur Einrichtung von Alkoholikerstationen ging die steigende Zahl an Hospitalisierungen solcher Patienten ganz zu Lasten der geschlossenen Aufnahmestationen. 1974 machen sich die inzwischen vier Jahre bestehenden Alkoholikerstationen zwar bemerkbar, sie haben aber wegen der Selektion dieser Stationen, welche prinzipiell nur nach Voranmeldung und Aufnahmegesprächen selbst aufgenommen haben, nicht zu einer deutlich spürbaren Entlastung der geschlossenen Aufnahmestationen geführt. Wie aus der Tabelle ersichtlich, ist auch hier 1974 trotz sinkender prozentualer Anteile die numerische Zahl der auf den geschlossenen Aufnahmestationen primär untergebrachten Alkoholiker gegenüber 1969 weiter angestiegen.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen sei hier erwähnt, daß die Alkoholpsychosen in dieser Tabellierung nicht aufgelistet sind. Bei ihnen ist es aufgrund einer auch somatisch intensiveren Behandlungsnotwendigkeit verständlich, daß sie 1969 wie 1974 zu 100 % primär auf den geschlossenen Aufnahmestationen plazierte wurden. (Auch die Frage, warum auch von dieser Patientengruppe 1969 von sechzehn Patienten nur vier und 1974 von elf nur drei Patienten in andere Stationen weiterverlegt wurden, scheint lediglich die Vermutung zuzulassen, daß die selektierenden Alkoholikerstationen aufgrund ihres tiefenpsychologisch orientierten Behandlungskonzeptes für die Übernahme dieser Gruppe besonders schwergeschädigter und häufig undifferenzierter Alkoholkranker offenbar nicht zur Verfügung standen, zumal Verlegungen bis auf eine einzige Ausnahme nicht auf die Alkoholikerstationen erfolgt sind).

	1964		1969		1974	
	N = 8		N = 24		N = 49	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	6	75	16	67	38	78
Einmal verlegt	2	25	8	33	10	20
Mehr als einmal verlegt	0	-	0	-	1	2
Verlegt insgesamt	2	25	8	33	11	22

Tab. 29: Anzahl der Verlegungen von Alkoholikern
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 29 zeigt, daß 1974 nur insgesamt 22 % der Patienten mit der Diagnose

"chronischer Alkoholismus" verlegt wurden, was sich teilweise damit erklären läßt, daß knapp ein Fünftel dieser Patienten durch primäre Aufnahme auf der ihnen gemäßen Alkoholikerstation keine Notwendigkeit zur Verlegung aufwiesen. Der zwischenzeitliche Anstieg der Verlegungen für Alkohol- kranke im Jahr 1969 korreliert mit den extrem hohen Aufnahmeanteilen für diese Gruppe auf den geschlossenen Aufnahmestationen, die offensichtlich - entgegen dem allgemeinen Trend - zu einem Zwang zur Verlegung geführt haben. +)

Während die beiden weiterverlegten Patienten des untersuchten Aufnahme- monats im Jahre 1964 auf eine geschlossene Station bzw. auf die Neurotiker- station kamen, wurde 1969 von den insgesamt acht weiterverlegten Alkoholi- kern zwei auf eine offene Station, drei auf eine langfristige Rehabilitations- station und drei Patienten auf die Neurotikerstation verlegt. 1974 wurden von den insgesamt elf überhaupt weiterverlegten Alkoholikern zehn auf einer der Alkoholikerstationen plazierte, ein Patient wurde auf die Neurotikerstation weiterverlegt.

	1964		1969		1974	
	N = 8		N = 24		N = 49	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Auf- nahmestationen	4	50	14	58	27	55
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	3	37	6	26	22	45
Chronische und Spezialstationen	1	13	4	17	0	-

Tab. 30: Anteile der Klinikbereiche an Entlassungen von Alkoholikern Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 30 zeigt, daß die zunehmende Anzahl stationär behandlungsbedürfti-

) Diese letztgenannten Ergebnisse mögen beispielhaft für eine Fülle von de- taillierten Verschiebungen im Aufnahme- und Durchgangsmodus stehen, die bei den Untersuchungen gefunden worden sind und die sich nur teilweise im Sinne einer allgemeinen Entwicklung interpretieren lassen. Gelegent- lich erwecken sie eher den Eindruck nicht ableitbarer oder pragmatischer Veränderungen, die auf aktuelle Situationen und Gewohnheiten, weniger auf geplante Strukturierungstendenzen hinweisen.

ger Alkoholiker bis 1974 - also noch vier Jahre nach Gründung einer speziellen Alkoholiker-Abteilung - zum größten Teil ein Problem der geschlossenen, psychiatrischen Aufnahmestationen geblieben ist, wenn man den prozentualen Anteil an Entlassungen dieser Patientengruppe zugrunde legt. +)

	1964	1969	1974
	N = 2	N = 8	N = 10
Erstverlegung nach	5 Tagen	16 Tagen	13 Tagen
	N = 8	N = 24	N = 49
Entlassung nach	42 Tagen	16 Tagen	28 Tagen
Gesamtaufenthalt 1 Tag bis 1 Woche	N = 2 25 %	N = 5 21 %	N = 15 30 %

Tab. 31: Mittelwerte (Median) von Verlegungen und Entlassungen von Alkoholikern sowie Anteil der Kurzaufenthalte Aufnahmemonat jeweils Februar

Die zeitlichen Mittelwerte für Verlegungen und Entlassungen von Alkoholikern (Tab. 31) liegen unter den Durchschnittswerten, die in Tabelle 17 aufgeführt worden sind. Für 1969 wird deutlich, daß von den im Februar aufgenommenen Alkoholikern die Hälfte nicht länger als sechzehn Tage stationär behandelt worden ist, wohingegen 1974 eine Steigerung dieses Wertes auf achtundzwanzig Tage nach Etablierung der Alkoholikerabteilung mit den dort üblichen längeren Behandlungsprogrammen sichtbar wird. Dafür haben allerdings 1974 mit 30 % die Kurzaufenthalte einen besonders hohen Anteil, was nicht nur als Hinweis auf eine Zunahme kurzdauernd notwendiger Klinikaufenthalte von Alkoholikern (im Rauschzustand, bei Erregung mit Polizeieinweisung etc.) sein mag sondern auch darauf, daß eine zunehmende Trennung von Behandlungswürdigen und solchen Patienten mit einem Alkoholproblem eingetreten ist, bei denen die Einleitung einer stationären Behandlung für nicht sinnvoll

+) Diesem Umstand ist in der Landesnervenklinik ab Frühjahr 1975 dadurch Rechnung getragen worden, daß zwei akute Aufnahmestationen für Alkoholiker - unter Auflösung von zwei Stationen für chronisch erkrankte Männer - geschaffen wurden, auf denen nunmehr auch akut intoxikierte, delirante und Patienten mit anderen somatischen Komplikationen behandelt werden, darunter auch solche, die für eine weitere Therapie über den körperlichen Entzug hinaus nicht motiviert sind.

angesehen oder die Behandlungsunwilligkeit des Patienten anerkannt wurde.

Die gesondert ausgezählte Gruppe von Patienten, die zum Zeitpunkt des jeweiligen Aufnahmemonats 55 Jahre und älter waren, teilte sich bezüglich der Entlassungsdiagnose folgendermaßen auf:

Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten (ICD 290) waren 1964 mit 4 %, 1969 mit 17 % und 1974 mit 13 % vertreten.

Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen, z.B. bei Hirnarteriosklerose (ICD 293) 1964 7 %, 1969 6 % und 1974 9 % stellten der untersuchten Fälle.

Psychosen des schizophrenen Formenkreises (ICD 295) waren 1964 0 %, 1969 4 %, 1974 7 % der Fälle.

Affektive Psychosen einschließlich Involutionen Depression (ICD 296) ergaben sich 1964 in 25 %, 1969 in 8 % und 1974 in 18 % der Fälle.

Paranoide Syndrome (ICD 297) bestanden 1964 bei 4 %, 1969 bei 16 % und 1974 bei 10 %.

Alkoholismus (ICD 303) war 1964 in 7 %, 1969 in 7 % und 1974 in 13 % der untersuchten Fälle vorhanden.

Die prozentuale Altersgruppenverteilung der gerontopsychiatrischen Patienten spricht für eine Zunahme der besonders Alten (75 Jahre und älter sind 1964 14 %, 1969 20 % und 1974 27 %) bei etwa gleichbleibendem Anteil der Patienten zwischen 65 und 74 Jahre (1964 25 %, 1969 28 % und 1974 25 %) und entsprechendem Abfall der Patienten zwischen 55 und 64 Jahre (1964 61 %, 1969 52 % und 1974 48 %).

Bei der Geschlechtsverteilung der untersuchten psychiatrischen Alterskranken überwiegt der weibliche Anteil (1964 61 %, 1969 69 % und 1974 ebenfalls 69 %).

Altersentsprechend tritt der Familienstand "verwitwet" 1964 mit 18 %, 1969 mit 40 % und 1974 mit 37 % hervor, wobei jedoch auch ein Abnehmen verheirateter Patienten von 64 % 1964 über 33 % 1969 bis zu 30 % 1974 zu verzeichnen ist bei entsprechendem Anstieg der getrennt oder geschieden lebenden Patienten von 11 % im Jahre 1964 auf 19 % im Jahre 1974.

Die untersuchte Patientengruppe zeichnet sich 1964 zu 46 %, 1969 zu 75 % und 1974 zu 84 % durch den beruflichen Status der Berentung aus.

Während 1964 96 % der untersuchten Patienten aus einer eigenen Wohnung

von den geschlossenen Aufnahmestationen verkräftet werden. (Tab. 32)

	1964		1969		1974	
	N = 28		N = 87		N = 65	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	18	64	54	63	47	72
Einmal verlegt	6	21	23	27	16	25
Mehr als einmal verlegt	4	14	9	10	2	3
Verlegt insgesamt	10	36	32	37	18	28

Tab. 33: Anzahl der Verlegungen von Patienten über 55 Jahre
Aufnahmemonat jeweils Februar

Wie Tabelle 33 demonstriert, nimmt die Verlegungshäufigkeit bei psychogeriatrischen Fällen offenbar im Verlauf der Entwicklung ab, was wiederum dadurch mitbedingt sein dürfte, daß ein Teil der Patienten durch Direktaufnahme in den gerontopsychiatrischen Akutstationen sich bereits an dem ihnen gemäßen Behandlungsort befand und daher nicht weiterverlegt werden mußte.

1964 hatten mit 40 % die chronischen Stationen den Hauptanteil bezüglich Erstverlegungen gerontopsychiatrischer Patienten, 1969 hingegen überwiegen mit 63 % die offenen Aufnahmestationen als Aufnahmeort für die Erstverlegung dieser Patienten während 1974 die gerontopsychiatrischen Akutstationen in 72 % der in Frage kommenden Fälle für die Erstverlegung zur Verfügung stehen.

	1964		1969		1974	
	N = 28		N = 84		N = 64	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	10	36	39	46	24	38
Offene Aufnahmestationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	2	7	25	30	31	48
Chronische und Spezialstationen	16	57	20	24	9	14

Tab. 34: Anteile der Klinikbereiche an Entlassungen von Patienten über 55
Aufnahmemonat jeweils Februar Jahre

Tabelle 34 macht deutlich, daß die Etablierung der gerontopsychiatrischen

Abteilung 1974 zu einem deutlichen Anstieg der Entlassungsquoten aus dem offenen Aufnahmebereich geführt hat, wobei die drei gerontopsychiatrischen Akutstationen mit 34 % und die beiden offenen Aufnahmestationen mit 11 % an dieser Steigerung beteiligt sind. Der Abfall im letzten Intervall bei den geschlossenen Aufnahmestationen entspricht dem Rückgang der Aufnahmen alter Patienten in diesen Bereich. Auch hier zeigt sich wieder von Intervall zu Intervall ein Rückgang des Entlassungsanteils im chronischen und Spezialbereich, wobei die 1964 mit 32 % und 1969 noch mit 11 % an den Entlassungen alter Patienten beteiligten chronischen Stationen 1974 garnicht mehr in Erscheinung treten, und dafür die neurologischen Stationen mit 21 % im Jahre 1964, 10 % im Jahre 1969 und 14 % im Jahre 1974 hervortreten.

Mit anderen Worten: Während 1964 ein relativ großer Anteil gerontopsychiatrischer Patienten von den chronischen Stationen aus entlassen wurde, traten 1969 neben der eindeutigen Dominanz der geschlossenen psychiatrischen Aufnahmestationen bezüglich der Entlassung dieser Patientengruppe die offenen Stationen stärker in Erscheinung, deren Entlassungsanteil 1974 durch Gründung der gerontopsychiatrischen Abteilung weiter angestiegen war, wobei die gerontopsychiatrischen Akutstationen nahezu den gleichen Anteil an Entlassungen psychisch Alterskranker erreichten wie die geschlossenen Aufnahmestationen. Es bleibt die Tatsache, daß diese vier Stationen auch 1974 von insgesamt zweiunddreißig Stationen den Hauptanteil bezüglich Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen gerontopsychiatrischer Patienten zu bewältigen hatten.

	1964	1969	1974
	N = 10	N = 32	N = 17
Erstverlegung nach	25 Tagen	16 Tagen	6 Tagen
	N = 28	N = 86	N = 65
Entlassung nach	70 Tagen	53 Tagen	54 Tagen
Gesamtaufenthalt	N = 1 4 %	N = 6 7 %	N = 7 11 %
1 Tag bis 1 Woche			

Tab. 35: Mittelwerte (Median) von Verlegungen und Entlassungen von Patienten über 55 Jahre sowie Anteil der Kurzaufenthalte Aufnahmemonat jeweils Februar

Entsprechend den zu längeren Verläufen bzw. Chronizität neigenden Krankheitsbildern der in diesem Abschnitt behandelten Patientengruppe liegen

die Aufenthaltsdauern höher als beim Durchschnitt aller von der Untersuchung erfaßten Patienten (Tab. 35). Auffallend sind die im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt eher niedrigeren Mittelwerte für die Verlegungszeitpunkte bei gerontopsychiatrischen Patienten. Es scheint, als hätte man sich nach Eröffnung der gerontopsychiatrischen Abteilung im Falle einer Übernahmebereitschaft dieser Stationen in der Tendenz rasch für eine Verlegung von geeigneten Patienten in diesen Bereich entschlossen - möglicherweise ein Zeichen dafür, daß die gerontopsychiatrische Abteilung in der klinischen Alltagspraxis den ihr zustehenden Platz einnahm, wobei eine vollständige Erfüllung ihrer Aufgaben bei dem vorhandenen Versorgungspotential an unzureichenden Kapazitäten gescheitert sein mag.

Die letzte ausgezählte Untergruppe der Untersuchung bezieht sich auf Patienten, die als soziale Problemfälle charakterisiert worden sind, d.h. bei der Aufnahme ohne Beschäftigungsverhältnis oder ohne festen Wohnsitz waren sowie aus Heimen oder Obdachlosenasylen kamen.

	1964		1969		1974	
	N = 26		N = 35		N = 85	
	N	%	N	%	N	%
Endogene Psychosen	13	50,0	5	14,3	31	36,5
Neurosen	3	11,5	4	11,4	10	11,7
Alkoholpsychosen	0	-	3	8,6	3	3,5
Alkoholismus	1	3,8	9	25,7	28	32,9
Sonstiges	9	34,6	14	40,0	13	15,3

Tab. 36: Aufteilung der sozialen Problemfälle in Diagnose-Gruppen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Die diagnostische Aufschlüsselung der sozialen Problemfälle (Tab. 36) zeigt zunächst im ersten Intervall (1964 - 1969) ein Ansteigen solcher Aufnahmen von 34,6 %, im zweiten Intervall (1969 - 1974) ist ein Anwachsen solcher Fälle um 142,9 % zu verzeichnen - eine Tatsache welche die sich

vergrößernde soziale Problematik der von der LNK Berlin zu versorgenden Klientel noch einmal demonstrieren mag. Aus der Tabelle geht außerdem hervor, daß Patienten mit der Diagnose Alkoholismus an der Vermehrung der sozialen Probleme maßgeblich beteiligt sind und die Gruppe der endogenen Psychosen schließlich den Hauptanteil einnimmt.

Die Altersverteilung dieser Patientengruppe ergibt ein Überwiegen der Patienten jüngeren Alters mit eher ansteigender Tendenz (fünfzehn bis vierunddreißig Jahre alt sind 1964 43 %, 1969 40 % und 1974 48 %). Betroffen sind in den letzten beiden Intervallen überwiegend männliche (1964 zu 50 %, 1969 zu 60 % und 1974 zu 69 %), ledige Patienten (1964 zu 58 %, 1969 zu 47 % und 1974 zu 57 %).

	1964		1969		1974	
	N = 23		N = 33		N = 66	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	11	48	28	85	48	73
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	3	13	3	9	11	18
Chronische und Spezialstationen	9	39	2	6	7	11

Tab. 37: Anteile der Klinikbereiche an Aufnahmen von sozialen Problem-
Aufnahmemonat jeweils Februar fällen

Über den Aufnahmeort für Patienten mit akzentuiert sozialer Problematik gibt Tabelle 37 Auskunft. Auch hier zeigt sich ein deutliches Überwiegen der geschlossenen Aufnahmestationen, die 1974 trotz eines Rückgangs des prozentualen Anteils an Aufnahmen von sozialen Problemfällen numerisch einen rund zwei Drittel betragenden Zuwachs zu verzeichnen hatten. 1964 wurden solche Patienten noch relativ häufig im chronischen und Spezialbereich aufgenommen; diese Stationen scheinen im Verlauf der Entwicklung von derartigen Fällen z. T. blockiert, d.h. aufnahmeunfähig geworden zu sein, da komplementäre Einrichtungen wie Wohnheime nicht ausreichend zur Verfügung standen. An ihre Stelle traten dann nicht überwiegend die offenen

Aufnahmestationen, sondern die geschlossenen Stationen mußten die Aufnahmefunktion weitgehend ausschließlich übernehmen. Aufgrund der dargestellten Ergebnisse bietet sich die Interpretation an, daß sich hier eine Drehtürpsychiatrie widerspiegelt, in der der Umgang mit solchen Patienten eine Entlassung aus klinischer Behandlung ohne Regelung der sozialen Situation erfolgt, was für gewöhnlich bei der sozialen Labilität dieser Patientengruppe schon bald nach sich zieht, daß solche Patienten dem strukturellen System an der Stelle wieder zufließen, die sich in den vorangegangenen Untersuchungen immer wieder erneut als die am stärksten belastete erwiesen hat - den geschlossenen Aufnahmestationen.

	1964		1969		1974	
	N = 26		N = 32		N = 71	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	15	58	19	59	56	79
Einmal verlegt	7	27	9	28	12	17
Mehr als einmal verlegt	4	15	4	12	3	4
Verlegt insgesamt	11	42	13	41	15	21

Tab. 38: Anzahl der Verlegungen sozialer Problemfälle
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 38 demonstriert, daß vor allem im Intervall 1969 - 74 die Verlegungshäufigkeit der sozialen Problemfälle deutlich zurückgegangen ist, wobei die Analyse der Stationen für die Erstverlegung ergab, daß vor allem die langfristigen Rehabilitationsstationen und die chronischen Stationen ihre Aufnahmefähigkeit für soziale Problemfälle im Rahmen von Verlegungen innerhalb der Klinik nahezu eingebüßt haben (1964 wurden 63 % der sozialen Problemfälle auf diese Stationen verlegt, 1969 noch 38 %, 1974 nurmehr 19 %), während 1974 vor allem die Alkoholikerstationen (in 50 % der Fälle) für die Übernahme solcher Patienten zur Verfügung stehen.

	1964		1969		1974	
	N = 23		N = 30		N = 61	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahmestationen	5	22	16	53	32	52
Offene Aufnahme- stationen einschl. Tag- u. Nachtklinik (ab 1969/70)	5	22	5	17	23	38
Chronische und Spezialstationen	13	56	9	30	6	10

Tab. 39: Anteile der Klinikbereiche an Entlassungen sozialer Problemfälle
Aufnahmemonat jeweils Februar

Entsprechend dem zu Tabelle 38 Gesagten läßt sich aus Tabelle 39 der relativ hohe Anteil der geschlossenen Aufnahmestationen an Entlassungen von sozialer Problemfällen ablesen, der trotz des Anstiegs im letzten Intervall für die offenen Aufnahmestationen deutlich höher liegt als dieser, zumal der Bereich der chronischen und Spezialstationen von Intervall zu Intervall weniger in Erscheinung tritt.

	1964	1969	1974
	N = 11	N = 13	N = 16
Erstverlegung nach	65 Tagen	21 Tagen	20 Tagen
	N = 26	N = 32	N = 72
Entlassung nach	117 Tagen	39 Tagen	37 Tagen
Gesamtaufenthalt 1 Tag bis 1 Woche	N = 1 4 %	N = 2 6 %	N = 13 19 %

Tab. 40: Mittelwerte (Median) von Verlegungen und Entlassungen sozialer Problemfälle sowie Anteil der Kurzaufenthalte
Aufnahmemonat jeweils Februar

Die Ergebnisse von Tabelle 40 scheinen die Interpretation zuzulassen, daß eine ausgeprägte soziale Problematik bei aufgenommenen Patienten in der LNK Berlin während des ersten Untersuchungszeitraumes - also noch ohne den später sich einstellenden ausgeprägten Aufnahmepressur - zu Gesamtaufenthaltsdauern geführt hat, die deutlich über dem aus Tabelle 17 ersichtlichen Durchschnitt lagen. 1969 - angesichts zunehmender Versorgungs-

aufgaben - unterscheiden sich die Mittelwerte von Verlegungen und Entlassungen sozialer Problemfälle nicht mehr von dem allgemeinen Durchschnitt, d.h. es ist auch hier zu einer Beschleunigung der Gesamtaufenthaltsdauern gekommen.

Nachdem die bisherigen Untersuchungsergebnisse zwar eine auch statistisch sich niederschlagende Änderung der Durchgangsstruktur der Landesnervenklinik Berlin - etwa für den Bereich der alkoholkranken und der psychogeriatrischen Fälle - gezeigt haben, erscheint nunmehr wegen der hervorragenden Bedeutung der geschlossenen Aufnahmestationen, die in allen Untersuchungen sichtbar geworden ist, eine gesonderte Darstellung der Verhältnisse gerechtfertigt, die in den drei vergleichbaren Untersuchungsmonaten bei den Patienten bestanden, die auf diesen Stationen aufgenommen wurden.

	1964		1969		1974	
	N	%	N	%	N	%
Gesamt	N = 92 51	55	N = 201 149	74	N = 236 159	67
Endogene Psychosen	N = 29 20	69	N = 37 30	81	N = 60 41	68
Neurosen	N = 14 9	64	N = 24 12	50	N = 27 18	67
Alkoholpsychosen	N = 3 1	33	N = 16 16	100	N = 11 11	100
Alkoholismus	N = 8 4	50	N = 26 23	88	N = 49 38	78
Patienten über 55 Jahre	N = 28 15	54	N = 86 69	80	N = 65 38	58
Soziale Problemfälle	N = 23 11	48	N = 33 28	85	N = 66 48	73

Tab. 41: Aufnahmen auf den geschlossenen Stationen in Prozent der
Gesamtaufnahmen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 41 stellt noch einmal die Anteile der Aufnahmen - unterteilt nach

den bereits untersuchten Untergruppen - zusammen und zeigt, daß bis auf die Gruppe der Alkoholpsychosen sowie der psychogeriatrischen Fälle sämtliche untersuchten Gruppen numerisch eine Steigerung der Aufnahmen von Intervall zu Intervall erfahren haben und prozentual lediglich bei den endogenen Psychosen, den Neurosen und den Patienten über 55 Jahre 1974 gegenüber 1969 ein Rückgang des Aufnahmeanteils auf das relativ hohe Ausgangsniveau von 1964 erfolgt ist, während bei den Alkoholikern und den sozialen Problemfällen 1974 prozentual zwar auch rund 10 % weniger Aufnahmen gegenüber 1969 erfolgt sind, die jedoch gegenüber dem Ausgangsniveau von 1964 deutlich höher liegen.

	1964		1969		1974	
	N = 51		N = 146		N = 156	
	N	%	N	%	N	%
Nicht verlegt	23	45	89	61	103	66
Einmal verlegt	16	31	45	31	43	28
Mehr als einmal verlegt	12	24	12	8	10	6
Verlegt insgesamt	28	55	57	39	53	34

Tab. 42: Anzahl der Verlegungen der auf den geschlossenen Stationen aufgenommenen Patienten
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 42 weist nach, daß trotz der erhöhten Aufnahmeanteile der geschlossenen Aufnahmestationen die Verlegungen von dort in andere Bereiche zurückgehen trotz der numerischen Steigerung der Aufnahmen.

	1964		1969		1974	
	N = 28		N = 57		N = 53	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahme- station	9	32	0	-	1	2
Offene Aufnahme- station	4	14	34	60	14	26
TK/NK	-	-	-	-	4	7
Langfristige Reha- bilitations-Station	0	-	8	14	2	4
Chronische Station	8	29	7	12	1	2
Gerontopsychiatri- sche Station	-	-	2	3	11	21
Alkoholiker-Station	-	-	-	-	12	23
Neurotiker-Station	6	21	5	9	4	7
Neurologische Station	1	4	1	2	4	7

Tab. 43: Erste Verlegungsstation für Patienten von geschlossenen Aufnahme-
stationen
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 43 demonstriert die bereits generell festgestellte Tendenz, daß für Patienten, die primär auf geschlossene Aufnahme-Stationen kamen, die 1974 übriggebliebenen zwei offenen Aufnahme-Stationen nur noch geringe Verlegungsbereitschaft zeigten im Vergleich zu den drei noch 1969 bestehenden offenen Aufnahme-Stationen, die als "Übergangsstationen" fungierten. Auch hier ist die zunehmend geringere Aufnahmefähigkeit für Patienten von geschlossenen Aufnahme-Stationen seitens der langfristigen Rehabilitationsstationen und der chronischen Stationen deutlich, während 1974 die gerontopsychiatrischen Akutstationen und die Alkoholikerstationen den prozentualen Abfall bezüglich Erstverlegungen der allgemeinen offenen Aufnahme-Stationen kompensiert haben.

	1964		1969		1974	
	N	%	N	%	N	%
Gesamt	N = 51 23	45	N = 146 89	61	N = 156 103	66
Endogene Psychosen	N = 20 7	35	N = 29 14	48	N = 40 23	58
Neurosen	N = 9 5	56	N = 12 10	83	N = 18 14	78
Alkoholpsychosen	N = 1 1	100	N = 16 12	75	N = 11 8	73
Alkoholismus	N = 4 3	75	N = 21 14	67	N = 38 27	71
Patienten über 55 Jahre	N = 15 7	47	N = 69 39	57	N = 38 23	61
Soziale Problemfälle	N = 11 4	36	N = 26 15	58	N = 45 32	71

Tab. 44: Nicht weiterverlegte, auf geschlossenen Stationen aufgenommene Patienten
Aufnahmemonat jeweils Februar

Tabelle 44 macht deutlich, daß von der relativen Undurchlässigkeit zwischen den geschlossenen Aufnahmestationen und den übrigen Bereichen der Klinik in besonderer Weise Patienten mit Neurosen und Alkoholismus sowie soziale Problemfälle betroffen waren, wobei bei der letztgenannten Gruppe der Anstieg von auf geschlossenen Aufnahmestationen aufgenommen und dann nicht weiterverlegten Patienten besonders eklatant ist. Auch bei den endogenen Psychosen ergibt sich eine Tendenz, daß von Intervall zu Intervall immer mehr Patienten von den geschlossenen Aufnahmestationen nicht weiterverlegt werden.

	1964		1969		1974	
	N = 51		N = 146		N = 157	
	N	%	N	%	N	%
Geschlossene Aufnahme- station	30	59	89	62	106	69
Offene Aufnahme- station	6	12	26	18	12	8
TK/NK	-	-	1	1	5	3
Langfristige Reha- bilitations-Station	2	4	9	6	1	1
Chronische Station	7	14	10	7	0	-
Gerontopsychiatri- sche Station	-	-	4	3	10	6
Alkoholiker-Station	-	-	-	-	11	7
Neurotiker-Station	5	10	4	3	5	3
Neurologische Station	1	2	1	1	4	3

Tab. 45: Entlassungsstation für Patienten, deren Aufnahme auf geschlossenen Aufnahme-Stationen erfolgte
Aufnahmemonat jeweils Februar

Aus dem bisher Gesagten lassen sich die aus Tabelle 45 ableitbaren Ergebnisse folgern, die noch einmal deutlich machen, daß im Verlauf der Entwicklung der LNK Berlin sich immer stärker die Tendenz einstellte, Patienten, die auf geschlossenen Aufnahme-Stationen primär hospitalisiert wurden, von dort aus auch wieder zu entlassen, während die offenen Aufnahme-Stationen für diese Patienten immer weniger zur Verfügung standen ebenso wie die langfristigen Rehabilitationsstationen und die chronischen Stationen.

Die an den Anfang des statistischen Kapitels gestellten Fragen lassen sich nunmehr aufgrund der empirischen Untersuchungen und der Interpretation der gewonnenen statistischen Daten wie folgt beantworten:

1. Im Verlaufe der Entwicklung der LNK Berlin lassen sich unter den Bedingungen einer anwachsenden Versorgungsproblematik der Gesamt-

klinik Unverhältnismäßigkeiten in der Verteilung therapeutisch-administrativer Akte innerhalb verschiedener Klinikbereiche feststellen. Die gesammelten Daten sprechen dafür, daß die anwachsenden Patientenzahlen und damit die mit ihnen verbundenen psychosozialen Probleme teilweise akzentuiert, teilweise völlig unausgewogen den vier geschlossenen Aufnahmestationen überlassen blieben, wenn sie rein quantitativ und möglicherweise auch qualitativ eine Dimension erreicht hatten, die von den übrigen Bereichen nicht mehr kompensiert werden konnte.

Es kann nicht davon gesprochen werden, daß mit dem Ausbau funktioneller und sektorieller Teilbereiche eine immer größere Anzahl von Patienten eine psychiatrische Stufenrehabilitation durchlaufen hat.

Somit wirkte sich das Problem der zunehmenden Aufnahmeschwemme, der sich die gesamte Klinik ausgesetzt sah, weitgehend zu Lasten der geschlossenen Aufnahmestationen aus. Spezifische Rehabilitationswege innerhalb der Klinik für spezielle Patientengruppen haben sich durch die Untersuchungen nicht sichtbar machen lassen.

2. Einhergegangen ist die Steigerung der Aufnahmezahlen im Verlauf der Entwicklung der Landesnervenklinik Berlin mit einer Verschlechterung der sozialen Situation der zu versorgenden Klientel, d.h. es ist zu einer in der Tendenz zunehmend negativen Auslese von Patienten mit akzentuiert sozialer Problematik gekommen. Dies zeigt sich nicht nur in einer Zunahme von Berufsproblemen und Wohnungsfragen, sondern auch in dem zunehmenden Trend, die psychiatrische Großklinik seitens anderer sozialer Versorgungsinstitutionen - wie beispielsweise Heime - als Pool für anderenorts nicht mehr tragbare Individuen zu betrachten.

Das Problem der Klinik in der Klinik

Der folgende Abschnitt soll - um Mißverständnisse auszuschließen - mit einer Klarstellung beginnen, und zwar mit der betonten Hervorhebung, daß die Bedingungen für den Auf- und Ausbau der Landesnervenklinik Berlin besonders schwierig gewesen sind. Bei einem Aufbau unter der Voraussetzung einer Notlage, bei stets wachsendem und in seiner Höhe nicht übersehbarem Patientenandrang während des weiteren Ausbaus, bei den nicht voraussehbaren Verschiebungen dieser Klientel in Richtung sozialer Problemfälle im Zuge zunehmend strenger gehandhabter Aufnahmeverpflichtungen, bei der Zunahme Alkoholkranker - und unter dem Zwang, sich an all diese Änderungen schnell und pragmatisch - und damit bestenfalls recht und schlecht - anpassen zu müssen, war eine übergroße und damit auch unübersichtlich gewordene Institution kaum in der Lage, subtile strukturelle Vorausplanungen zu verwirklichen oder auch nur zu projektieren, zumal keine ausreichenden versorgungsepidemiologischen Studien vorlagen. Die Landesnervenklinik Berlin mußte zunächst einmal quantitativ mit den Problemen des Patientenandrangs fertig werden und bei der Bewältigung einer solchen undankbaren Aufgabe - was die Vorausplanung anbetrifft - sozusagen von der Hand in den Mund leben. Dabei haben sich auch unerwünschte und bei den fehlenden Mitteln für eine begleitende wissenschaftliche Dokumentation gar nicht vermeidbare Entwicklungen ergeben, die nicht in der Absicht ihrer Promotoren und Mitarbeiter gelegen haben und niemandem als Verschulden angekreidet werden können. Wenn aber der persönliche Eindruck aus langer Erfahrung durch eine nachträgliche Untersuchung untermauert werden kann, so müssen wissenschaftliche Analyse und Interpretation sich zunächst einmal jenes Phänomen zu erklären versuchen, das bereits sichtbar geworden ist. Die relative Sperre zwischen den geschlossenen Aufnahmestationen und dem viel umfangreicheren Rest der Institution bedarf der Erklärung: Es bleibt die Frage nach den Ursachen.

Gewiß - die spezialisierten Stationen können sich darauf berufen, daß sie aus eigenen therapeutischen Bedürfnissen primär oder sekundär aus ihrem Bereich Patienten heraushalten oder entfernen müssen, die in diese thera-

peutischen Strukturen nicht recht passen wollen, und es wäre zu einfach, hier nur zu behaupten, die Spezialabteilungen richteten sich nicht nach den Bedürfnissen der sie benötigenden Patienten, sondern suchten sich die für ihre eigenen Bedürfnisse passenden Patienten aus. Es soll auch nicht verkannt werden, daß in diesen Stationen sich häufig langfristig zu Betreuende befinden und sie daher schnell und leicht für weitere Zugänge blockiert werden. Aber wenn Funktionalisierung und Spezialisierung einen Sinn haben sollen, müßten sie in größerem Ausmaß zu jener Durchlässigkeit führen, die heute unter dem Begriff der Stufenrehabilitation mit so viel Verve beschrieben wird.

Es sei hier auf einen Zusammenhang hingewiesen, dessen Erklärungshorizont über die einzelne Institution selbst weit hinausweist. Die Gesellschaft hat - auch die periphere Lage der Nervenlinik Spandau buchstäblich an der äußersten Grenze des Gemeinwesens illustriert dies - noch immer eine unverkennbare Neigung, psychisches Anderssein aus ihrem Gesichtskreis zu verbannen und psychisch Kranke auf eine scheinbar sehr humane Weise durch "Unterbringung" auszusondern. Zumindest will sie mit jenen in unangenehmer Weise Gestörten wenig zu tun haben, die den Hauptanteil der Aufnahmen in der Landesnervenlinik bilden. Statistische Untersuchungen von KRUCKENBERG und andere in Berlin haben kürzlich gezeigt, daß eine Tendenz bei psychiatrischen Fachinstitutionen ohne Aufnahmeverpflichtung nachweisbar ist, prognostisch günstigere, noch nicht durch Krankheit, soziale Misere und negative Patientenkarrieren depravierte und damit sozusagen erfreulichere Patienten zu bevorzugen. Generelle Verhaltensweisen und ein gewisses Eigeninteresse, sich vor allem quantitativ überwältigende psychosoziale Probleme sozusagen vom Leibe zu halten, können sich aber auch innerhalb einer psychiatrischen Großinstitution widerspiegeln. Was sich in abgestufter Ausprägung draußen abspielt, könnte sich "drinnen" unbemerkt eingeschlichen haben. Eine solche Überlegung begreift eine über große Versorgungsinstitution als soziales System, in welchem den geschlossenen Aufnahmestationen gleichsam die Funktion einer "Klinik in der Klinik" zukommt.

Die vorangegangenen statistischen Untersuchungen haben Hinweise dafür ergeben, daß die Gesellschaft dem psychiatrischen Großkrankenhaus in steigender Zahl Individuen ausliefert, die zeitweilig oder für immer in der Gesellschaft als gescheitert gelten oder offensichtlich gescheitert und - aus welchen Gründen auch immer - vorübergehend oder endgültig nicht mehr einzugliedern sind. Die wachsenden Aufnahmeziffern enthalten auch Patienten, die in immer kürzeren Zeitabständen wieder aufgenommen werden müssen, d.h. in so wenig stabilisiertem Zustand oder in derart unsichere soziale Verhältnisse entlassen bzw. so unzureichend nachbetreut worden sind, daß es schnell wieder zur Dekompensation und Wiedereinweisung gekommen ist.

Verwirrte Alte gehören ebenso dazu wie völlig desintegrierte Alkoholiker, Verrückte, Depressive oder geistig Behinderte und Verhaltensgestörte.

Die in der Klinik Tätigen haben sich mit der Rolle und den Problemen der Ausgesonderten zu befassen, mit der Frage ihrer sozialen Wiedereingliederung in eine Gesellschaft, die nach einer Ordnung funktioniert, welche nicht nur den staatlichen und juristischen Rahmen der Gesellschaft betrifft, sondern auch Produktionsweise und Konsumverhalten, Moralvorstellungen und kulturelle Gewohnheiten festlegt, die sich häufig in Gestalt verdinglichter ideologischer Grundhaltungen niederschlagen.

Die Patienten sollen vor der Öffentlichkeit bewahrt oder wieder reif gemacht werden, in die Gesellschaft und ihre Verhältnisse unter Anerkennung ihrer Normen entlassen zu werden. Der Klinik ist im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit keine leichte Aufgabe gestellt, zumal die Frage der prinzipiellen Anpassung an Leistungsnormen und common sense für nicht wenige Patienten sich als Problem herausstellt, das dem Professionellen im Umgang mit psychisch Devianten zu schaffen machen kann.

Bei der Lösung der Aufgaben, mit denen die Institutionen psychiatrischer Versorgung konfrontiert sind, können die psychiatrischen Spezialisten es sich scheinbar einfach machen und Wege verfolgen, die in der Gesellschaft gegangen werden. Sie können z.B. die allgemein praktizierte Arbeitsteilung fortsetzen und nicht nur innerhalb der Institution eine nach Stand, Beruf und Funktion gegliederte, hierarchisch aufgebaute Ordnung einhalten,

sondern auch noch bezüglich der Patienten eine Teilung nach Alter, Leiden bzw. Gebrechen und Behandlungsformen vollziehen. Hier soll nicht in Frage gestellt werden, daß auf dem Gebiet psychiatrischer Therapeutik Spezialstationen oder -institutionen sinnvoll und notwendig sein können. (Für den Bereich des Alkoholismus und der übrigen Suchtarten ist ihre Notwendigkeit allgemein anerkannt.) Die LNK Berlin hat bezüglich Alkoholkranker und der alten psychisch Kranken zunächst dieser Tatsache Rechnung getragen. Hier geht es um den Widerspruch, daß eine psychiatrische Großinstitution zwar Spezialstationen für Alkoholiker oder Neurotiker haben kann, aber nicht weniger Probleme.

Im Gegenteil - die Probleme können auch nach Schaffung funktioneller Untergliederungen, die nicht als Ergebnis von entfremdender Arbeitsteilung, sondern als Frucht von Spezialisierung gedacht waren, anwachsen und zu scheinbar unlösbaren werden. Die in der Struktur einer solchen Institution enthaltenen Widersprüche können Verhaltensweisen und Umgangsformen bedingen, die alle Bereiche und Beteiligten der Klinik prägen oder zumindest beeinflussen - den Umgang mit Patienten auf den Stationen, in den arbeitstherapeutischen Werkstätten oder in "der Kolonne" ebenso wie das Verhalten der Beschäftigten zueinander innerhalb der hierarchischen Ordnung oder zwischen den einzelnen Gruppen, nicht anders wie das Verhalten der Patienten selbst.

Arbeitsteilung - wo sie nicht zwingend ist und dem eigentlich Notwendigen gegen den Strich geht - kann zu immer widersprüchlicheren Entwicklungen führen, zumal wenn es sich um Arbeit handelt, die menschliche Problematik beinhaltet, um Arbeit, die sich um Schwankungen, Straucheln oder Scheitern der Gesamtexistenz menschlicher Individuen zu kümmern hat, wo mit Lösungen eines rein medizinischen Behandlungsmodells nichts auszurichten ist.

Auf die Psychiatrie bezogen könnte die These aufgestellt werden: Je weniger die psychiatrische Institution Wert auf Multiprofessionalität (im Sinne gleichberechtigter Zusammenarbeit verschiedener Gruppen mit helfenden Berufen - z.B. ärztliches und Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten), die Erfüllung der Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft und die feste Verankerung in der zu versorgenden Kommune

legt, d.h. je weniger sie gegen starre Arbeitsteilung und Entfremdung in ihrer Praxis ankämpft, desto stärker entwickelt sie einen Zug zur Parzellierung, Abgrenzung der Teilbereiche gegeneinander, zu ineffektivem Konkurrenzdenken, groteskem Elitegeist und verschleiertem Gruppenegoismus. Die Tendenz, Patienten für Spezialstationen nicht nach ihren Problemen, sondern nach ihrer Prognose sowie Anpassungsfähigkeit und - willigkeit auszuwählen, kann sich bei einer solchen Konstellation breit machen. Dies bezieht sich auch auf extramurale psychiatrische Institutionen in der Kommune, die keinem Aufnahmewang unterworfen, d.h. nicht in ein psychiatrisches Versorgungssystem integriert sind - die Universitätsnervenklinik z.B. . Verbitterte Worte vom "Abschieben" schwieriger Patienten und von der Schaffung "goldener Käfige" können - je nach Position und Gruppenzugehörigkeit im parzellierten Gesamtgefüge, in dem die Kommunikation immer schlechter wird - mit Emotionalität geäußert werden.

Die Fortsetzung der angedeuteten Tendenzen würde bedeuten: Es müßte in der Klinik ein Bereich entstehen, der - unter anderem Ergebnis einer nicht mehr in Frage gestellten Arbeitsteilung - sich mit einer zunehmenden Anzahl von Patienten zu beschäftigen hätte, die von den anderen Teilbereichen der Gesamteinstitution (mit spezifischen Funktionen) nicht oder - ihrer Meinung nach - nur unter unverhältnismäßigem Aufwand bzw. in anstrengender Hast zu reintegrieren sind. Höherer Patientendurchlauf bedeutet konkret zumeist mehr unbefriedigende, weil ineffektiv bleibende psychiatrische Stationsarbeit - deswegen wird der größte Durchlauf möglichst auf einen kleinen Teilbereich der Gesamteinstitution - der sich dann in besonders angespannter Situation befindet - beschränkt.

Weiteres Merkmal dieser Situation müßte sein, daß von dem betroffenen Bereich ein Abschieben von psychosozialen Problemen in Form von Weiter- oder Rückverlegungen von Patienten nicht möglich sein dürfte.

Die dargelegten statistischen Untersuchungsergebnisse scheinen zu bestätigen, daß in der LNK Berlin seit Ende der sechziger Jahre die vier geschlossenen Aufnahmestationen die Funktion erfüllt haben, gleichsam eine Klinik in der Klinik zu sein, die in den letzten Jahren die negativen Seiten von

Funktionalisierung und Spezialisierung sowie das Anwachsen des Versorgungspotentials verschärft zu spüren bekommen haben.

Aufgrund eigener Kenntnis der Situation auf den geschlossenen Aufnahme- stationen soll der Versuch gemacht werden, eine Beschreibung der Wider- sprüche zu liefern, die sich im klinischen Alltag solcher Stationen nieder- schlagen. Dabei sollen auch Aspekte einer von außen in die Klinik einfließen- den Versorgungsproblematik mit einbezogen werden.

Die Ableitung eines solchen Ansatzes zur Aufarbeitung alltäglicher psych- iatrischer Anstaltspraxis ergibt sich aus dem Anspruch einer solchen Institution, nicht eine anarchische, ineffiziente oder gar schädliche Betrieb- samkeit zu entfalten, sondern den Einsatz an Arbeitskraft und Material einem Ziel zu widmen, das heute in der Psychiatrie allgemein Stufenrehabilitation genannt wird. Im Gefüge einer solchen Stufenrehabilitation hat die klinische Aufnahmestation eine bestimmte Funktion, sie muß sich in ein Netzwerk von Einrichtungen und Teilinstitutionen organisch einfügen, soll das Ergebnis klinisch psychiatrischer Praxis nicht allein Aufbewahrung und bestenfalls oberflächliche Anpassung der Patienten sowie Entlastung der Gesellschaft von störenden Mitgliedern sein.

Kommt es auf einer klinischen Aufnahmestation zu einer Anhäufung wider- sprüchlicher Erscheinungen, so läßt diese Tatsache m.E. Rückschlüsse auf das gesamte Versorgungssystem zu. Zwar handelt es sich bei den klinischen Aufnahmestationen nur um eine Subinstitution innerhalb des psychiatrischen Großkrankenhauses, welches wiederum nur eine Subinstitution des Versor- gungssystems insgesamt darstellt. Widersprüche der Gesamteinstitution und des Versorgungssystems können sich jedoch hier besonders scharf wider- spiegeln, da die klinischen Aufnahmestationen nicht nur ein bestimmtes Glied in der Versorgungskette, sondern unter ungünstigen Konstellationen auch sozusagen Endstationen eines ganzen Systems darstellen können. +)

+) An dieser Stelle sei eine Anlehnung an ROHDE erlaubt, der in seiner "Sozio- logie des Krankenhauses" 1974 (Seite 6) ausführt: "Man darf also voraus- setzen... daß die Probleme und Konfliktsituationen, die das gesamte Gesun- deitswesen betreffen, sich - vielleicht in gradueller Verschiedenheit, auf das Ganze gesehen aber typisch und unter Umständen sogar verschärft - in der Subinstitution Krankenhaus niederschlagen." Im Gegensatz zu der breit angelegten, tiefgehenden soziologischen Analyse ROHDEs ist das Ziel dieser Arbeit weitaus bescheidener: Von der Subinstitution "geschlossene Aufnahme- station" aus soll Widersprüchen des psychiatrischen Versorgungssystems nachgespürt werden.

Ist die psychiatrische Stufenrehabilitation lückenhaft und voller Mängel, fehlt die völlige Durchlässigkeit zu den nichtaufnehmenden Stationen innerhalb der Klinik, fehlen Aufnahme- und Nachsorgeambulanz, Tagesstätte, beschützende Werkstätte, Übergangsheim, Wohnheim, Wohngemeinschaft etc.; kommt eine enge Kooperation zwischen den genannten Teilinstitutionen - sofern sie überhaupt bestehen - beispielsweise durch die Größenordnung der Gesamtinstitution oder die räumliche Trennung vom Versorgungsgebiet nicht zustande; oder sind Unzulänglichkeiten in der Zusammenarbeit sowie zu Angst und Intoleranz führende Ausbildungsmängel der Beschäftigten vorhanden - so wird sich dieser Komplex von Widersprüchen vor allem dort niederschlagen, wo die schärfste Konfrontation mit der psychiatrischen Versorgungsproblematik besteht - auf den geschlossenen Aufnahmestationen.

Wenn sich eine Tendenz ablesen ließe, die dafür spricht, daß psychisch deviantes Verhalten, welches außerhalb der Klinik zu einer Ausgrenzung aus der Gesellschaft - einschließlich der medizinischen und sozialen Versorgungseinrichtungen - führt, auch innerhalb der Klinik noch einmal zu einer weiteren Ausgrenzung der betroffenen Individuen beitragen kann, ergäbe sich als Folge dieser Tendenz, daß sich die sogenannten Aufnahmestationen immer stärker neben tatsächlich neu aufgenommenen Patienten denen widmen müßten, die von anderen Institutionen - Kliniken, Allgemeinkrankenhäusern, Hospitälern, Heimen, Obdachlosenasylen etc. - und von Spezialabteilungen und -stationen der eigenen Institution nicht oder nicht mehr ausreichend betreut werden können oder bei denen aufgrund der Schwierigkeiten im Umgang mit den von diesen Patienten verkörperten Problemen keine ausreichende Motivation zu deren Betreuung mehr vorhanden ist. Das müßte dazu führen, daß neben immer mehr neu aufgenommenen im Sinne von neu- oder wiedererkrankten Patienten eine immer größere Anzahl von Patienten zu verkraften wäre, die eine Fülle von Problemen medizinischer, psychiatrischer, pflegerischer oder sozialer Art mit sich bringen, seien diese Patienten unverbesserliche Alkoholiker oder anders Süchtige, expansive Psychotiker mit Hos-

pitalismus-Erscheinungen oder lästig wirkende Hirnorganiker.

Im Zuge einer Funktionalisierung und damit möglicherweise verbundener Parzellierung einer psychiatrischen Großinstitution wie der LNK Berlin könnte sich somit eine Tendenz herausgebildet haben, sich mit der Rückverlegung von Patienten von den Spezialstationen bzw. der Ablehnung einer Wiederaufnahme scheinbar auch der Probleme der Patienten entledigen zu wollen. Wie weiter oben bereits angedeutet, wäre denkbar, daß eine solche innerklinisch sich durchsetzende Tendenz nur die Fortsetzung eines extramural praktizierten Umganges mit psychisch Deviaten wäre. Ist z.B. in der Universitätsklinik das diagnostische Instrumentarium bis hin zur Video-Anlage für die Erforscher menschlicher Verirrungsmöglichkeiten ausreichend erprobt oder sind die psychopharmakologischen Versuchsreihen abgeschlossen worden, kann das Forschungsobjekt an das psychiatrische Landeskrankenhaus weitergegeben werden. Universitätspsychiatrie genügt zu oft sich selbst, Forschung unter dem Gesichtspunkt rehabilitativer Praxis ist bisher die Ausnahme. Ebenso könnten Altenheime, Hospitäler und Allgemeinkrankenhäuser - ganz zu schweigen von Obdachlosen-asylen - immer stärker die Neigung entwickeln, bei betreuten oder versorgten Individuen das Hinzutreten von Erscheinungen, die nach dem common sense als psychisch auffällig gelten, als Gelegenheit zu nutzen, sich von einem menschlichen Problem scheinbar zu befreien, indem man das Individuum an den Stadtrand, in ein psychiatrisches Großkrankenhaus mit Aufnahmewang transportiert mittels Unterbringungsantrag, Pflenschaft oder polizeilicher Einweisung etwa.

Eine solche Entwicklungstendenz innerhalb der Klinik würde für die geschlossenen Aufnahmestationen bedeuten, daß dort eine Konzentration sozialpathologischen Verhaltens stattfinden, d. h. eine negative Auslese gebildet würde, die alle therapeutischen Ansätze in Resignation ersticken lassen müßte.

Welchen Einfluß wiederum die Bildung einer solchen negativen Auslese und die damit verbundenen atmosphärischen Störungen des therapeutischen Milieus auf Einstellung und Vertrauen der Patienten zu psychiatrischen Institutionen ausüben müßten, läßt sich ausrechnen: In der Landesnerven-

klinik Berlin bekam - zumindest bis 1974 - ein psychisch erkrankter oder gestörter Patient seinen ersten, für die Beurteilung "der Psychiatrie" so wichtigen Eindruck in zwei von drei Fällen dort mit, wo die hoffnungsloseste therapeutische Situation herrschte - auf den geschlossenen Aufnahmestationen.

Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen und Überlegungen soll eine Charakteristik des Patientenkollektivs sein, welches an einem Stichtag - dem 23.5.1973 - die geschlossene Männer-Aufnahmestation für die Bezirke Spandau und Tempelhof in der Landesnervenklinik Berlin belegte +).

Die Belegung der Station "neun" bestand am 23.5.1973 aus folgenden Personen:

1. Patient Ag.: 26jähriger, lediger, schwer verhaltensgestörter Patient unter der Diagnose Schizophrenie, arbeits- und wohnungslos. Eine Woche vor der Wiederaufnahme am 16.5.73 von der Charlottenburger Aufnahmestation der LNK in ein Obdachlosenheim in Spandau entlassen. Bereits längere Zeit auf der Rehabilitationsabteilung der LNK erfolglos behandelt. 1970 zweimal psychiatrische Abteilung der Städt. Klinik Havelhöhe, 1971 einmal Nervenklinik der FU Berlin.
2. Patient Al.: 32jähriger, lediger, imbeziller Spastiker mit psychotischen Episoden, der bei seiner Mutter in Spandau lebt. 9. Aufnahme am 12.4.73, Entlassung vor Pfingsten vorgesehen.
3. Patient Be.: 61jähriger, verheirateter, schwer depressiver ehemaliger Unternehmer aus Tempelhof. 4. Aufnahme am 12.5.73, vorher bereits im Wenckebach-Krankenhaus in Tempelhof psychiatrisch behandelt, in der LNK bereits auf der parallelen geschlossenen Aufnahmestation und in der gerontopsychiatrischen Abteilung.
4. Patient Bi.: 73jähriger, verwitweter, in seiner Wohnung in Tempelhof allein lebender Patient mit seniler Psychose. 2. Aufnahme am 4.5.73, gerichtlich untergebracht, vorher gerontopsychiatrische Abteilung der LNK.
5. Patient Bö.: 37jähriger, lediger, wohnungs- und arbeitsloser Alkoholiker. 5. Aufnahme am 1.5.73, vorher Alkoholiker-Abteilung der LNK. Letzter Wohnort in Wilmersdorf.

+)Wegen des möglichen Einwandes, die Jahrgänge der vorangegangenen Untersuchung seien besonders ungünstig ausgewählt, ist es von Vorteil, daß die Stichtagsuntersuchung in einem anderen Jahr und Monat stattgefunden hat.

6. Patient Braa.: 77jähriger, lediger, senil verwirrter, pflegebedürftiger Patient aus Tempelhofer DRK-Heim. 1. Aufnahme am 5.3.73, gerichtlich untergebracht, nicht rückverlegungsfähig.
7. Patient Brau.: 43jähriger, lediger, bei seinen Eltern in Spandau lebender Schizophrener ohne Arbeit, gerichtlich untergebracht. 2. Aufnahme am 17.4.73, Verlegung auf die offene, gemischt geschlechtlich belegte Übergangsstation vorgesehen.
8. Patient Eg.: 38jähriger, lediger, wohnungs- und arbeitsloser Alkoholiker. 4. Aufnahme am 11.5.73, in Spandau verwahrlost und alkoholintoxikiert aufgegriffen, Reststrafe von 3 Monaten vor sich.
9. Patient Gi.: 62jähriger, lediger in Spandauer Wohnung allein lebender Epileptiker. 8. Aufnahme am 22.4.73 nach Krampfanfall mit Verbrennungen und Verstimmung. Früher u.a. in der neurologischen Abteilung der LNK. Jetzt vor geplanter Entlassung gehäufte Anfälle.
10. Patient Gl.: 46jähriger, geschiedener Alkoholiker, Krankenpflegehelfer im Spandauer Hospital St., dort auch in ziemlicher Isolation wohnend. 4. Aufnahme am 21.5.73, früher Alkoholiker-Abteilung der LNK.
11. Patient Gr.: 62jähriger, geschiedener, in Tempelhofer Wohnung allein lebender präsenil dementer Patient, 1. Aufnahme am 16.4.73. Obgleich bei ausreichender Unterstützung sozial angepaßt nicht entlassungsfähig, da Gefahr der Verwahrlosung. Pflegschaftsantrag gestellt.
12. Patient Hö.: 64jähriger, verheirateter, berenteter Patient mit Mittelabusus bei Spondylarthrose, 1. Aufnahme am 30.4.73. Entlassung in Spandauer Wohnung vorgesehen.
13. Patient Ja.: 40jähriger, verheirateter Krankentransportfahrer mit alkoholischem Eifersuchtswahn. 1. Aufnahme am 22.5.73, vorher mehrmals in der Nervenklinik der FU Berlin. Eigene Wohnung in Spandau.
14. Patient Kl.: 65jähriger, geschiedener Alkoholiker aus Altenheim "Hottengrund" in Spandau/Kladow. Wegen vermehrten Abusus' am 5.4.73 zum 4. Mal in der LNK aufgenommen, vorher auch in der gerontopsychiatrischen Abteilung der LNK.
15. Patient Ko.: 30jähriger, lediger Restschizophrener, ehemaliger Malergeselle. 9. Aufnahme am 7.3.73, Patient wurde aus dem DRK-"Eibenhof" nach dort aufgetretenen Schwierigkeiten rückverlegt. Langjähriger Patient der LNK, früher stationär in der Rehabilitationsabteilung. Wohnung der Mutter und damit letzter Wohnsitz des Patienten außerhalb von Institutionen in Charlottenburg.
16. Patient Kos.: 31jähriger, lediger ehemaliger Friseur mit schwerster Persönlichkeitsstörung. Langjähriger Patient der LNK, im Mai 1972 aus DRK-"Eibenhof" wegen Schwierigkeiten rückverlegt. Früher lange Zeit in Rehabilitationsabteilung der LNK. Letzter Wohnort vor dem "Eibenhof": Altenheim in Wilmersdorf.

17. Patient Kr.: 25jähriger, lediger, mit seiner Mutter in Tempelhofer Wohnung lebender arbeitsloser "Pfropfschizophrener" ohne Berufsausbildung. 1. Aufnahme am 21.5.73, zwangseingewiesen durch das Gesundheitsamt wegen schwerer psychotischer Erregungszustände zu Hause mit Tätlichkeiten gegen die Mutter.
18. Patient Lah.: 19jähriger, lediger, wohnungs- und arbeitsloser Marokkaner, der vor seiner Einweisung ca. 4 Monate als Liftboy in einem Hotelbetrieb gearbeitet hatte. 1. Aufnahme am 21.11.72 wegen psychotischer Verhaltensauffälligkeiten, zwangsweise untergebracht, polizeiliche Ausweisung läuft. Patient hat sich in der LNK bei Persönlichkeitsstörung im Sinne einer blanden Hebephrenie als nicht rehabilitationsfähig (z.B. durch Arbeitstherapie) erwiesen. Verfahren wegen Warenhausdiebstahls ist anhängig. Einweisung erfolgte durch das Gesundheitsamt Charlottenburg.
19. Patient La.: 38jähriger, verheirateter, arbeitsloser ehemaliger Hochseefischer mit posttraumatischem Anfallsleiden, Alkoholabusus, spastischer Emphysebronchitis und Polyneuropathie. 9. Aufnahme am 10.5.73. Ehefrau - mit der er gemeinsam in Spandauer Wohnung lebt - betreibt Mittelabusus, ebenfalls in der LNK behandelt. Patient ohne Rente, Sozialhilfe und Krankenkasse.
20. Patient Me.: 46jähriger, lediger, arbeitsloser ehemaliger Studienrat und Dr. phil. Transvestit. Lebt im Obdachlosenasyll in Charlottenburg (Siemensstadt). Am 18.5.73 wegen alkoholtoxischen Prädelirs 1. Aufnahme in der LNK. Entlassung auf Drängen des Patienten für 25.5.73 vorgesehen.
21. Patient Ne.: 54jähriger, lediger, in eigener Tempelhofer Wohnung lebender und als Lagerist im Buchhandel arbeitender Patient mit Zyklophrenie. Am 20.4.73 aufgenommen, Entlassung nach Hause vorgesehen.
22. Patient Pe.: 58jähriger, lediger, wohnungs- und arbeitsloser ehemaliger Lehrer. Depravierter Alkoholiker, 5. Aufnahme durch Einweisung des Gesundheitsamtes Spandau am 22.5.73 nach tätlicher Auseinandersetzung mit 90jährigem Vater in dessen Wohnung. Früher auch gerontopsychiatrische Abteilung der LNK.
23. Patient Pe., W.: 67jähriger, verheirateter, ehemaliger Buchhalter, neurotisch depressiver Patient mit Mittelabusus. 1. Aufnahme am 10.5.73, Entlassung in Spandauer Wohnung vorgesehen.
24. Patient Po.: 38jähriger, lediger, ehemaliger Elektriker mit chronifizierter paranoid-depressiver Psychose. Jahrelanger Patient der LNK, früher Rehabilitationsabteilung, Rückverlegung wegen mit Suicidalität verbundener Exacerbation der Psychose.
25. Patient Pr.: 23jähriger, lediger, bei Mutter und Großeltern mütterlicherseits in Spandau lebender, arbeitsloser ehemaliger Justizprotokollant, der durch die Mutter mit Hilfe der Polizei am 17.3.73 zum 1. Mal wegen eines katatonen Erregungszustandes bei schizoformer Psychose eingewiesen worden war. Jetzt wegen seines Zustandes gegen den Widerstand der Mutter erneut für 4 Monate gerichtlich untergebracht.

26. Patient Pu.: 34jähriger, geschiedener Alkoholiker, von Beruf Fleischer. Wiederaufnahme am 20.5.73 nach Suicidversuch, verlegt aus dem Klinikum Charlottenburg (Westendkrankenhaus). Vorher bereits Alkoholiker-Abteilung der LNK. Wohnung in Siemensstadt.
27. Patient Re.: 60jähriger, unlängst verwitweter und seither allein lebender Patient mit reaktiver Depression und Alkoholabusus. Arbeitet noch als Bootswart im Schuldienst. Entlassung in Spandauer Wohnung nach 1. Klinikaufnahme am 5.5.73 vorgesehen für den 25.5.73.
28. Patient Rö.: 63jähriger, verwitweter Alkoholiker mit schwerstem Delir und lebensbedrohlichen organischen Komplikationen. 1. Aufnahme am 14.5.73, noch intensiv medizinisch und pflegerisch zu betreuen. Spandauer.
29. Patient Ru.: 37jähriger, lediger Epileptiker und schwerster Alkoholiker. Jahrelanger, extrem rückfallgefährdeter Patient der LNK, früher lange auf der Rehabilitationsabteilung. Zuletzt im Austausch gegen einen anderen chronischen Alkoholiker von der parallelen Aufnahmestation übernommen.
30. Patient Schn.: 55jähriger, geschiedener, wesensgeänderter Epileptiker und Alkoholiker, wohnungs- und arbeitslos. Unter Vormundschaft stehend, am 28.2.73 zum 8. Mal in der LNK aufgenommen. Früher psychiatrische Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin Schöneberg und neurologische Abteilung der LNK.
31. Patient Schö.: 35jähriger, lediger, seit 14 Jahren häufig und langfristig sich in der LNK befindender Patient mit Mischpsychose. Beginn der Patienten-Karriere in der FU Nervenlinik (dort 3 Aufenthalte), vorher lange Zeit in der Rehabilitationsabteilung der LNK. Sehr schwierig im Umgang, 10. Aufnahme am 20.12.72. Außerhalb der Klinik weder Wohn- noch Arbeitsmöglichkeiten (Familie des Patienten wohnte in dem vom Vater als Diakon geleiteten Obdachlosenheim in Spandau, welches Patient 1 und 33 gerade kennengelernt hatten).
32. Patient Schu.: 17jähriger, bei seiner Mutter in Spandau lebender Patient ohne Beruf. Von Fachärztin am 21.5.73 wegen Entwicklungsstörung und "Pyromanie" erstmalig eingewiesen.
33. Patient Schw.: 42jähriger, geschiedener, wesensveränderter Alkoholiker. Langjähriger Patient der LNK, ca. 5 Wochen vorher aus Rehabilitationsabteilung der LNK aus disziplinarischen Gründen entlassen in Obdachlosenheim in Spandau. Nach 4wöchigem Zwischenaufenthalt im Städt. Krankenhaus Spandau-Nord wegen Erregungszustandes und Suicid- drohung (vor dortiger Entlassung) erneut am 18.5.73 in die LNK verlegt.
34. Patient Si.: 45jähriger, verheirateter, paranoid-depressiver Patient. Wiederaufnahme am 19.5.73, einen Tag nach der Entlassung aus der Tagesklinik der LNK. Wohnung in Spandau.
35. Patient St.: 34jähriger, lediger, frühberenteter, bei seiner Mutter in Spandau lebender "Restschizophrener", der am 23.3.73 zum 3. Mal in der LNK aufgenommen wurde.

36. Patient We.: 38jähriger, geschiedener Alkoholiker aus Tempelhof, der akut tablettenintoxikiert am 18.5.73 vom Städt. Krankenhaus Neukölln zur 1. Aufnahme in die LNK verlegt wurde.
37. Patient Wi.: 33jähriger, verheirateter Patient, der am 30.4.73 erstmalig mit einem psychotischen Erregungszustand in die LNK unter Mitwirkung der Polizei eingewiesen wurde. Entlassung in Spandauer Wohnung vorgesehen.
38. Patient Za.: 61jähriger, verheirateter, noch im Arbeitsprozeß stehender Arbeiter, der mit einem hirnorganischen Psychosyndrom, das ca. 10 Wochen nach mit einer Kreislaufkomplikation belasteten Cholezystektomie im Elisabeth-Krankenhaus zu Hause aufgetreten war, bei bekannter Hirnarteriosklerose am 4.5.73 erstmalig in die LNK eingewiesen wurde. Aufnahme auf die neurologische Abteilung vom Funktionsarzt der Neurologie abgelehnt. Entlassung in Spandauer Wohnung vorgesehen.
39. Patient Zü.: 76jähriger, verwitweter, senil verwirrter und in seiner Spandauer Wohnung verwahrloster Patient, der am 9.2.73 zum 1. Mal in die LNK aufgenommen werden mußte. Ehemaliger niederer Beamter in der Spandauer Stadtverwaltung. Aufgrund seines Zustandes ständig pflege- und betreuungsbedürftig, Verlegung in das Ev. Johannisstift Spandau vorgesehen.+)

Die Kurzdokumentation über die Patientenzusammensetzung einer geschlossenen Männer-Aufnahmestation liefert Material genug, um die These einer extrem problembeladenen Auslese auf einer derartigen Station zu stützen. Der Anteil der erfolglos vorbehandelten, von anderen Institutionen oder Teilen der eigenen Klinik dann nicht weiter- oder wiederbehandelten Patienten ist für eine Aufnahmestation unverhältnismäßig hoch. Auch der Anteil chronisch Kranker, ständig oder langfristig betreuungsbedürftiger Patienten sticht hervor.

+) So ermüdend die Durchsicht der aufgelisteten Patientendaten wirken mag - so problematisch gestaltet sich für die auf einer solchen Station Tätigen der klinische Alltag. Daß es sich an dem angegebenen Stichtag um eine extrem negative Auslese gehandelt haben könnte, die Anlaß zu der Kurzdokumentation der Fälle gegeben hat, kann nicht ohne weiteres entkräftet werden. Als Gegenargument mag dienen, daß die hier nachweisbaren Erscheinungen und Zusammenhänge sich tendenziell auch in der durchgeführten statistischen Untersuchung niederschlagen, d.h. als Trend bei der Kontrolle der Patientenbewegungen innerhalb der Klinik abgezeichnet haben. Außerdem spricht selbst eine extrem zugespitzte Situation für Entwicklungstendenzen, ohne die es nicht zu eben dieser Situation hätte kommen können.

Ausgezählt ergeben die Patienten, an denen schon andere Institutionen oder Teilbereiche der eigenen Institution klinisch-psychiatrisch tätig gewesen sind (z.T. mit resignativem Ausgang), eine Gruppe von mindestens 24, das sind 61,5 % der anwesenden Patienten. (Patient 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 36 und 38).

Davon waren vorher in der eigenen Institution:

7 Patienten auf langfristiger Rehabilitationsstation (Patient 1, 15, 16, 24, 29, 31 und 33),

3 Patienten auf gerontopsychiatrischer Station (Patient 3, 4 und 22),

3 Patienten auf Alkoholikerstation (Patient 5, 10 und 26),

6 Patienten auf sonstigen Stationen einschließlich Tagesklinik (Patient 1, 3, 19, 29, 30 und 34).

Vorher in anderen Institutionen befanden sich:

3 Patienten in Universitäts-Nervenklinik (Patient 1, 13 und 31),

7 Patienten in anderen Krankenhäusern (Patient 1, 3, 26, 30, 33, 36 und 38),

4 Patienten in Heimen (Patient 6, 14, 15 und 16).

Chronisch krank oder gestört und langfristig betreuungsbedürftig waren mindestens 20 Patienten oder 51,2 % (Patient 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 22, 24, 28, 29, 30, 31, 33 und 39).

Gerontopsychiatrische Kriterien erfüllten 12 Patienten oder 30,7 % (Patient 3, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 22, 23, 27, 28 und 39).

Alkoholkrank waren 13 Patienten oder 33,3 % (Patient 5, 8, 10, 13, 14, 20, 22, 26, 28, 29, 30, 33 und 36). ↗

An dieser Stelle soll eine Bemerkung im Zusammenhang mit dem oben erwähnten Argument einer extrem negativen Auslese gemacht werden: Der prozentuale Anteil gerontopsychiatrischer und alkoholkranker Patienten, die im Februar 1974 aufgenommen und somit durch die statistische Überprüfung erfaßt worden sind, liegt hinsichtlich der Entlassung von geschlossenen Aufnahmestationen höher als der prozentuale Anteil dieser Patientengruppen an dem Patientenkollektiv, welches durch die Stichtagsuntersuchung einer geschlossenen Männer-Aufnahmestation sichtbar geworden ist. D.h.: Die statistische Untersuchung der Aufnahmen von drei vergleichbaren Monaten hat für den Jahrgang 1974 eher noch extremere Verhältnisse ergeben.

Ein J u g e n d l i c h e r befand sich unter den Patienten, außerdem ein A u s l ä n d e r (Araber).

Mindestens 18 P a t i e n t e n (=46,1 %) standen in arbeitsfähigem Alter, waren jedoch entweder F r ü h r e n t n e r oder ohne A r b e i t . Es bestanden für sie bei den vorhandenen Möglichkeiten keine absehbaren, echten beruflichen Rehabilitationschancen (Patient 1, 5, 7, 8, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 30, 31, 32 und 35).

Bei 17 P a t i e n t e n (=43,5 %) stellte sich die W o h n u n g s f r a g e , d.h. sie waren entweder ohne Wohnsitz außerhalb der Klinik, kamen aus Obdachlosenasylen bzw. -heimen oder konnten aufgrund ihres Zustandes nicht in ihre Wohnung bzw. das Heim, aus dem sie kamen, entlassen werden (Patient 1, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30, 31, 33 und 39),+)

Inwieweit Aufnahme- bzw. Einweisungsmaßstäbe, die von Heimen für psychisch Erkrankte oder Gestörte angewendet werden, lediglich Unzulänglichkeiten aufgrund mangelhafter Ausbildung und Toleranzmängel der in den betreffenden Heimen Beschäftigten demonstrieren, soll an dieser Stelle nicht erörtert werden. Tatsache ist, daß Patienten in psychiatrische Anstalten eingewiesen werden, die bei entsprechend therapeutischem Umgang einer klinischen Behandlung nicht bedürften. So waren beispielsweise zwei der hier vorgestellten Patienten aus einem speziell für psychisch Kranke geführten Heim rückverlegt worden, weil dort im Umgang mit ihnen und ihren Störungen Schwierigkeiten aufgetaucht waren (Patient 15 und 16).

+*) Überweisungen aus anderen Krankenhäusern sind bei der Auszählung der Stichtagsuntersuchung nicht erfaßt worden, aber auch diese Verlegungen von außen zeigen mitunter ein Phänomen: Das psychisch und geistig Absonderliche wird immer häufiger mit dem Etikett "abnorm" belegt, dem derart Etikettierten wird (trotz der immer breiter - aber wohl nicht tiefer - in der Öffentlichkeit vordringenden Diskussionen über psychosoziale Problematik) mit dem Mechanismus der Ausgrenzung begegnet. Da der Umgang mit dem nicht konformen Verhalten eine soziale Haltung von den Trägern helfender Berufe erfordert, die ein Ein-gehen auf den Patienten, seine Be-treuung einschließt, überläßt man das Problem nur allzu rasch den Spezialisten für psychosoziales Elend. Angesichts der vollzogenen Ausgrenzung eines hilfebedürftigen und abhängigen Menschen kann man sich selber noch das beruhigende Alibi erteilen, den Betroffenen an die richtige Stelle überwiesen zu haben.

Die Sichtung des Patientenkollektivs einer Männer-Aufnahmestation an einem Stichtag erlaubt, einige Probleme einzukreisen, die in dieser Subinstitution immer wieder sichtbar wurden und Rückschlüsse auf die Struktur psychiatrischer Versorgung insgesamt zulassen.+) Insofern erscheint eine möglichst genaue Beschreibung des klinischen Alltags einer geschlossenen psychiatrischen Aufnahmestation für Männer mit Fallbeispielen sinnvoll und notwendig.

In der oben vorgenommenen Aufteilung der Stationsgruppe ist bisher nicht differenziert worden, bei welchen Patienten es sich um länger bzw. langfristig hospitalisierte (eventuell mit kurzen Unterbrechungen) Insassen der Klinik handelte.

Die Aussonderung nach dem Kriterium "längerfristige Aufenthaltsdauer" ergibt eine Gruppe von 9 Patienten, das sind 22 % der Stationsbelegung (Patient 1, 15, 16, 18, 24, 29, 30, 31 und 39).

Zu der erwähnten Gruppe der chronischen kranken bzw. gestörten und langfristig betreuungsbedürftigen Patienten kommt eine Gruppe hinzu, die im Falle einer Entlassung die Notwendigkeit intensiver ambulanter Nachbetreuung aufweist, damit es nicht über kurz oder lang zu den Erscheinungen einer Drehtür-Psychiatrie kommt. Es handelt sich um 13 Patienten, die einer Nachsorgeambulanz bedürften (Patient 3, 7, 12, 13, 17, 19, 20, 21, 25, 27, 32, 34 und 35).

Wegen des Vorteils der Anschaulichkeit und der Notwendigkeit, die psychosozialen Tiefendimensionen von Krankheitsverläufen zu verfolgen, die in

+) Ein möglicher Einwand, daß es sich bei der aufgezählten psychiatrischen Klientel lediglich um männliche Patienten handele und insofern eine Verallgemeinerung der beobachteten Problematik nicht zulässig sei, ist nur scheinbar stichhaltig. Ziel der Untersuchung sollte ja sein, einen Beitrag zu dem System und den Strukturen psychiatrischer Versorgung zu liefern. Der Nachweis einer vielfach unterbrochenen Versorgungskette bzw. von Versorgungslücken und Fehlplatzierungen sowie Hinweise auf eine Zunahme sozialer Problematik, eine Unsystematik in der Betreuung und eine völlig unzulängliche psychiatrische Stufenrehabilitation verlangen jedoch keine Ausgrenzung geschlechtsspezifischer Gesichtspunkte. Wirkt sich beispielsweise das Fehlen einer Aufnahme- und Nachsorgeambulanz negativ auf die psychiatrische Betreuung männlicher Patienten durch die Klinik aus, werden von diesen Auswirkungen alle, auch die weiblichen Patienten - unabhängig von der speziellen Problematik ihrer Störungen - betroffen.

der Auflistung der Stichtagsuntersuchung angedeutet worden sind, sollen an dieser Stelle einige Fallbeispiele illustrieren, mit welchen sozialen und psychiatrischen Problemen unter den bisher geschilderten Umständen geschlossene Aufnahmestationen auch in einer modernen Anstaltspsychiatrie konfrontiert sein können.

Die hier vorgebrachten Fallbeispiele sind - um die Frage einer negativen Auslese in der als "Klinik in der Klinik" charakterisierten Substitution näher zu beleuchten - nach folgenden Kriterien ausgewählt worden +), die entweder insgesamt oder teilweise auf die geschilderten Fälle zutreffen:

- a) Milieu und Entwicklungsgeschichte haben die Persönlichkeit nachhaltig in Richtung psychischer Devianz geprägt.
- b) Die Betreffenden haben eine lange negative Patientenkarriere hinter sich.
- c) Sie sind überwiegend häufig und lange hospitalisiert.
- d) Es zeigen sich Unzulänglichkeiten im Umgang mit ihren Störungen, was eine mangelhafte Versorgung von zu geringer Dichte, Fehlplatzierungen oder die Erzeugung von Hospitalismus-Schäden zur Folge haben kann.

Als Beispiel für einen Patienten, bei dem sämtliche der eben aufgezählten Kriterien zutreffen, soll eine kurze Fallbeschreibung des Herrn Ag. dienen (Patient 1 der Stichtagsuntersuchung):

Der 25jährige Patient, der aus einfachen Verhältnissen stammt, wuchs ohne Geschwister zunächst bei seiner Mutter auf, nachdem sein Vater gestorben war, als der Patient das 7. Lebensjahr erreicht hatte. Die Erziehung ihres Sohnes scheint von der Mutter des Patienten nicht bewältigt worden zu sein, jedenfalls verbrachte er die Zeit vom 16. bis zum 20. Lebensjahr in Erziehungsheimen. Nach einer regulären Grundschulausbildung erlernte er keinen Beruf sondern verrichtete lediglich Gelegenheitsarbeiten, u.a. beim Patentamt. Nach dem 20. Lebensjahr lebte er zunächst in einer "Hasch-Kommune". Seit dem 19.10.71 war die Landesnervenklinik Berlin vorwiegend der Aufenthaltsort des Patienten (von kurzen Unterbrechungen abgesehen), nachdem er bereits 1970 zweimal in der psychiatrischen Abteilung der Städt. Klinik Havelhöhe und 1971 einmal in der Nervenlinik der Freien Universität stationär behandelt worden war. Seinerzeit war be-

+)Ein Vergleich mit der Stichtagspatientenliste macht deutlich, daß auch andere Fälle hätten demonstriert werden können.

reits die Diagnose einer Defektschizophrenie gestellt worden, die sich während des monatelangen Verlaufes in der LNK nie mit Sicherheit hat bestätigen lassen +).

Somatisch wurde bei dem Patienten kein grob pathologischer Befund festgestellt, es bestanden ein sehr schlechter Zahnstatus und ein Foetor ex ore. Psychisch wirkte der Patient bewußtseinsklar und orientiert, in der Stimmungslage erschien er indifferent, die Antriebslage war eher reduziert, der Patient wirkte lahm, schwunglos und zeigte keine Initiative. Ein Anhalt für Wahrnehmungs-, Denk- oder Gedächtnisstörungen bestand nicht.

Im Vordergrund der Verhaltensauffälligkeiten des Patienten standen während des vom 16.5. bis 23.7.73 dauernden Aufenthaltes auf der geschlossenen Aufnahmestation sein Antriebsmangel, seine fehlende Initiative und seine Kritiklosigkeit, die eine Motivierung des Patienten zu einem Resozialisierungsprogramm unmöglich zu machen schienen. Jedenfalls hatten die monate- insgesamt jahrelangen Aufenthalte des Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus, in der Universitäts-Nervenklinik und in der Rehabilitationsabteilung der eigenen Großinstitution offenbar nicht dazu geführt, den Patienten zu einer ausdauernden Tätigkeit und positiven Perspektive seiner persönlichen Entwicklung zu führen. Auf der geschlossenen Aufnahmestation, wohin der Patient gekommen war, nachdem die parallele Aufnahmestation ihn schließlich resignativ aufgrund mangelnder Alternativen in ein Spandauer Obdachlosenheim entlassen hatte, wo er nur wenige Tage zurechtkam - machte der 25jährige Patient affektiv einen hochgradig unreifen Eindruck, dabei schien er jederzeit bereit zu provozierenden Angriffen zu sein, er überschätzte sich, hielt sich für geistvoll, wenn er einen müden Witz machte und war gegenüber Aufforderungen, im Rahmen der Arbeitstherapie regelmäßig einer Tätigkeit nachzugehen, nicht zugänglich. Man hatte insgesamt den Eindruck, daß Herr Ag. aufgrund seiner zahlreichen Erfahrungen mit psychiatrischen Institutionen und dabei angewandter Behandlungskonzepte lediglich gelernt hatte, sich mehr oder weniger erfolgreich Anforderungen zu entziehen und gewährte Freiräume in regressiver Weise für sich in Anspruch zu nehmen. Der Patient lebte auf der geschlossenen Aufnahmestation schließlich in den Tag hinein, er kam mehrmals alkoholisiert von Ausgängen zurück, agierte auf der Station in infantiler Weise, zeigte Verwahrlosungstendenzen und wurde schließlich - da er es selber wünschte - in ein Altenheim in Berlin-Zehlendorf entlassen. Verlauf und Zustandsbild des Patienten sprachen für ein asthenisches Syndrom bei schwerster neurotischer Fehlentwicklung, differentialdiagnostisch kam eine pseudoneurotische Schizophrenie in Frage. Im Falle dieses Patienten ist deutlich geworden, daß die geschlossene Aufnahmestation nicht erstes Glied einer sinnvoll angeordneten Rehabilitationskette, sondern Endstation für Patientenkarrieren sein kann, deren therapeutische Beein-

+) Zu dem Problem, mit welchen Folgen für die soziale Existenz des Betroffenen eine derart wertende Nosologie belastet sein kann, hat u.a. DOERNER 1975 einen Beitrag veröffentlicht.

flussung von anderen psychiatrischen Institutionen oder speziellen Teilbereichen der eigenen Institution bereits resignativ aufgegeben worden ist.

Bei Patient 31 der Stichtagsliste, Herrn Schö., handelte es sich um einen 35jährigen, ledigen, aus einer Diakon-Familie stammenden Patienten, der nach abgebrochener Gymnasialausbildung während einer begonnenen Betonbauerlehre gescheitert war wegen psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die schon Ende der 50iger Jahre nach mehreren Aufenthalten in der Universitäts-Nervenklinik zu der Diagnose Schizophrenie geführt hatten.

Seit Sommer 1961 befand sich der Patient mit verschiedenen langen Unterbrechungen in stationärer Betreuung durch die Landesnervenklinik Berlin, wo er vor allem in der langfristigen Rehabilitationsabteilung behandelt wurde. Er zeigte hier über lange Zeiträume unter neuroleptischer Therapie ein angepasstes Verhalten, ließ sich in Beschäftigungs- und Arbeitstherapie gut leiten und kam nach unterschiedlich langen Aufenthalten immer wieder in den Zustand, daß er zu seinen Eltern, die ein Obdachlosenheim leiteten, in dem der Patient auch gemeinsam mit seinen Eltern und seiner älteren Schwester sowie seinem jüngeren Bruder gelebt hatte, entlassen werden konnte.

Nach seiner letzten Aufnahme in der LNK, die nach mehreren kürzeren Aufenthalten am 20.12.72 erneut notwendig geworden war, führte eine über Wochen und Monate von dem Patienten gewollte und provozierte Auseinandersetzung um die Frage des Einsatzes von Neuroleptika noch stärker als bei den vorausgegangenen Aufenthalten zu einer Überprüfung der diagnostischen Kriterien und zu einer Auseinandersetzung mit dem Patienten auf veränderter Ebene.

Um die Situation dieses Patienten, dessen lange negative Patientenkarriere nach einer Reihe von z.T. ausgedehnten, mit dem Ziel der Rehabilitation verbundenen Klinikaufenthalten zunächst mit der Wiederaufnahme auf einer geschlossenen Aufnahmestation ihr Ende fand, möglichst genau zu vermitteln, sollen Schreiben des Patienten dienen, welche er zur Artikulierung seiner Empfindungen, Vorstellungen und Wünsche an die behandelnden Therapeuten gerichtet hatte. In einem Brief an den Stationsarzt heißt es beispielsweise: "Sie werden Verständnis dafür haben, mich auch von förmlicher Seite kenntlich zu zeigen. Die seltsamen intensiven Spannungen und Entspannungen sowohl von Ihren medikamentösen wie auch von eigenen sogenannten oder auch religiösen Beeinflussungsmethoden führen mich nicht von dem Verdacht fern, mich als einen Fremdkörper in Ihrem wie auch immer gearteten Netz zu betrachten. Sie wissen, daß einem Menschen, der sich in meiner Lage befindet und das erlebt hat und zu erleben bereit ist, um sich einmal auch nur um Geringes über sich selbst zu erheben bzw. über sich selbst hinauszuwachsen, nichts fremder sein soll als die Furcht vor einem frühzeitigen Ende. Und damit wähle ich jetzt nicht die persönliche anklagende Haltung, die sich um das Verhältnis zu dem Grunewaldturm-Kandidaten rankt (eine Anspielung auf einen Patienten, der nur kurz im Wachsaal der betreffenden geschlossenen Station untergebracht gewesen und anschließend auf die zuständige offene Station verlegt worden war, die er noch am Verlegungstage verlassen hatte, um sich anschließend vom Grunewaldturm zu

stürzen), das uns ja nicht zuletzt miteinander verflochten und dessen Sie sich, wie mir scheint, auf andere ritterliche Weise entledigt haben, sondern ich kehre zu dem eigentlichen Problem zurück, welches uns beide, Sie, Herr Dr. K., und mich, Ihren derzeitigen Patienten Schö., immer noch in einem gewissen persönlichen Spannungs- und Passionsverhalten umfängt, umfaßt und nahezu beeinflußt. Wir sollten dieses Problem gemeinsam lösen, und da Ihnen, werter Herr Doktor, letztlich nicht die Zeit zur Verfügung steht, die vielleicht einem peruanischen oder jugoslawischen Pater für die letzte seiner Seelen zur Verfügung gegeben ist, bitte ich Sie, auf einen neuen, zu überprüfenden Vorschlag einzugehen, der letzten Endes die Konsequenz der - wie Sie sich sicher lebhaft ausmalen können - schon immer angestrebten Reduzierung der Fremdstoffe, mit der die erwähnten Zustände auch hervorgerufen werden, mit sich führt und die zum Beitrag des von uns beiden angestrebten Zustandes nicht nur zwischen uns, sondern auch zwischen den psychisch gequälten und geknechteten und ausgebeuteten Menschen und damit Völkern, die ja zu Ihrem Dienstbereich zählen, führen sollte. Weiteres in einem Gespräch:

1. Urlaub,
 2. außerhalb der Klinik liegender Wohnsitz,
 3. Größere Freizügigkeit innerhalb der in der Klinik liegenden Gegebenheiten,
 4. Bekleidungsurlaubnis,
 5. Verlobungsgenehmigung,
 6. Möglichkeit, ungestört in der Heiligen Schrift studieren zu können. ■
- Über einen längeren Zeitraum war der Patient dann umtriebig, schwer zu beeinflussen, in Arbeits- oder Beschäftigungstherapie nicht regelmäßig zu integrieren. Sein Kampf galt weiter den Medikamenten, die ihm von uns appliziert wurden und von denen er meinte, daß sie seinen Körper vergifteten, seiner Sehkraft schadeten und ihn zur Verblödung brächten. In einem Schreiben an den zuständigen Oberarzt brachte der Patient seine Einschätzung von der Atmosphäre innerhalb des institutionellen Bereiches, welcher für seine Reintegration sorgen sollte, in folgender Weise zum Ausdruck: "Werter Herr Oberarzt (Haß oder Liebe - Segen oder Fluch)! Da Sie niemals geneigt sein werden, mir Ihr Ohr für meine wirklichen Probleme zu leihen, zumal Sie ja einen glatten und reibungslosen Ablauf Ihrer ärztlichen Geschäfte wünschen und Sie - wie mir unser letztes Zusammenreffen eindeutig gezeigt hat - dieser Funktion alles opfern, auf daß es nur noch schneller und rascher mit Ihrem fabrikmäßigen Krankenhausbetrieb vorstatten geht, dürfte ich Sie im Namen Jehovas dazu aufzufordern zu haben, sich einmal auf meine persönliche Version Ihres sicher hoffentlich noch wandelbaren geistlichen Wachstumsprozesses ansprechen zu lassen...." Da ihn bei seiner grundsätzlichen Schwierigkeit, wenn nicht Unmöglichkeit, Kontakte auf normaler und verständlichem Wege zu knüpfen, aufgrund seines inzwischen schon scheinbar unumstößlichen Patientenstatus' nach jahrelanger Klinikkarriere nichts anderes übrig zu bleiben schien, drückte Herr Schö. seine Empfindungen und Triebwünsche in romantisch verlausulierten Gedichten aus, die letzten Endes keinen echten Adressaten hatten und den

Autismus des Patienten, in dem er gefangen war, nicht durchbrechen konnten. Ein Gedicht, das seinen gegenwärtigen Zustand umschrieb, lautete beispielsweise:

"Und wenn ich jemals wußte, was vollkommen,
es wäre Abschaum gegen dich, mein Bild,
oh, Eva, Eva, du machst mich benommen,
und das ist alles, was von dir noch gilt.

Du hast das Ew'ge und du willst es halten,
oh möge nichts und niemand hindern dich,
oh könnte ich's in mir an mir gestalten,
daß niemals dieses Bild veränd're sich.

Du hast das Märchen, das mich reizt, beschlossen,
fest in der schönen, reinen, lieben Brust,
und alle, alle nennst du nur Genossen,
weil du es halten, halten, halten mußt...

Und wenn es etwas gibt, was dir verboten,
ich weiß es jetzt, du bist verlassen doch,
und dieses Opfer, das du bringst Idioten
dünkt höher als die Gottesliebe noch...

Doch weiß ich nun noch eher und genauer
die drei Minuten, die du mir gegönnt,
die drei Sekunden voller heißer Schauer,
ich bin ganz frei und doch von dir entlöhnt."

Über einen möglichen Tagesablauf, wie er sich in der beschriebenen schwierigen Situation für derart im Umgang komplizierte Patienten ergeben kann (was wegen der mangelhaften Integrationsfähigkeit bzw. -willigkeit solcher Patienten nicht selten zu einer Erhöhung der Neuroleptikadosierung führt) gibt die nachfolgende Aufstellung der Ereignisse eines Tages - von dem Patienten selbst verfaßt - eindrucksvoll Auskunft:

"Ablauf:

1. Verlassen der Station vor dem Frühstück.
2. Dr. Wilms gefunden, Brief an Schnappi abgegeben (Eva R.).
3. Beim Pförtner durchgelassen worden nach Gespräch.
4. Monika im Waldkrankenhaus getroffen (Gespräch mit dem Pförtner).
5. Bushaltestelle: Bus vorbeigelassen.
6. Pfleger Schäfer taucht auf (Streit).
7. Mit Dr. Michelsen zur Station zurückgefahren.
8. Zur BT.
9. Über den Zaun.
10. Durch den Wald zur Grenze.
11. Trompete blasen auf dem Hochstand. Kraniche, Vopo beobachtet.
12. Staaken - essen, trinken. (Waldi)
13. Bus Rathaus, Moltkestraße.
14. Herberge zur Heimat.
15. Paul-Schneider-Haus, Hochstimmung.
16. (Peter M.)
17. Eskalation, Ordnung, stiller Abgang.
18. Wampe Kaffeestube.

19. A 63.

20. Endspiel auf Station, Spritze, Frieden, schlafen.

21. Brief an Schnappi."

Aufgrund der Erfahrungen, die während der Auseinandersetzungen mit dem Patienten um die Frage der Medikamenteneinnahme gemacht werden konnten sowie aufgrund einer psychologischen Untersuchung unter Medikamentenfreiheit, die "keine Anzeichen für eine akut- oder defekt-psychotische Beteiligung an der derzeitigen sozialen Interaktionsproblematik des Patienten in dem Sinne, daß andere als psychodynamisch rückführbare Störungen die Einseitigkeit und Stereotypie seines sozialen Anpassungsverhaltens und seiner partiellen Leistungsinsuffizienz erklären könnten" - ergeben hatte, mußte man schließlich zu dem Schluß kommen, daß es sich bei den affektiven und Verhaltensstörungen des Patienten um psychogenetisch erklärbare und psychologisch verstehbare Zuspitzungen und Extremsituationen unter dem Bild einer "Pseudo-Schizophrenie" handelte, wobei nicht ausgeschlossen werden konnte, daß es bei dem Patienten in einer Situation extremer psychischer Spannungen (vor allem im tabuisierten libidinösen Bereich) zu psychotischen Episoden im Sinne manifom erscheinender, schizoaffektiv gefärbter Entgleisungen kommen konnte.

Eine prozeßartig verlaufende Psychose war deshalb im Falle des Patienten nicht anzunehmen. Eine neuroleptische Behandlung gegen seinen Willen erschien bei der geschilderten Konstellation nicht nur wirkungslos, sondern bei der bekannten panischen Aversion des Patienten gegen Neuroleptika ausgesprochen fragwürdig und nur vertretbar bei extremen Zuspitzungen im Sinne einer unterstützenden Maßnahme als Krisenintervention.

Daß der Patient mit seiner 14jährigen Patientenkarriere, mit der Erfahrung zahlreicher stationärer Aufenthalte, seiner Vertrautheit mit ergotherapeutischen Programmen und seinen Erlebnissen mit zahlreichen therapeutischen Bezugspersonen auf der geschlossenen Aufnahmestation schließlich richtig platziert gewesen sein mag, wird kaum behauptet werden können. Dennoch muß hier angemerkt werden, daß der beschriebene Patient keine Ausnahme gewesen ist, sondern sich auch in anderen Fällen die Tatsache ergeben hat, daß die geschlossenen Aufnahmestationen aufgrund der ihnen mangelnden Möglichkeit, psychosoziale Probleme in Form von Weiterverlegungen bzw. Rückverlegungen an die nächste Institution bzw. Substitution zu delegieren, die Art Zwangsgemeinschaft zwischen Patienten und Therapeuten hergestellt haben, die bei entsprechender milieutherapeutischer Ausgestaltung und soziotherapeutischer Strukturierung zum Positiven hatte gewendet werden können. Unter den geschilderten Umständen erfüllte die geschlossene Aufnahmestation lediglich die Funktion, letzte Instanz bei der Ausgrenzung eines Mitgliedes der Gesellschaft zu sein, das aufgrund seines abweichenden Verhaltens als störend und gefährlich empfunden worden war, eine Einschätzung, die nicht nur extramural, sondern auch intramural in verschiedengradiger Betonung immer wieder zum Ausdruck gebracht wurde.

- Der Patient selber hatte im Verlauf eines der zahlreichen mit ihm seitens des Stationsarztes geführten Gespräche für seine Verhaltensauffälligkeiten eine Erklärung, die folgendermaßen lautete: "Ein Idiot macht den Menschen so viel Angst vor Idiotie, daß sie alle zu anständigen und ruhigen Arbeitern werden."

Der Patient Nr. 15 unserer Stichagsuntersuchung, Herr Ko., 30 Jahre alt, wurde aus dem DRK-Heim "Eibenhof" - wohin er etwa ein Jahr zuvor aus der Landesnervenklinik verlegt worden war - in die LNK zurückverlegt unter der Diagnose: Akuter Schub einer Schizophrenie. Es handelte sich um die 9. Aufnahme in der LNK. Eine telefonische Voranmeldung oder eine schriftliche Nachricht über die Umstände, die zur Wiederanweisung geführt hatten, lag nicht vor. Der Patient selber meinte, daß es ihm in dem genannten Heim gut gefallen habe, über den Aufnahmelaß wußte er nichts Konkretes zu berichten, es wurde lediglich deutlich, daß es zu Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten gekommen zu sein schien, im Verlauf derer er wohl erregt geworden war, was die Zerstörung einiger Spiegel durch ihn zur Folge gehabt hatte.

Bei der Aufnahme war der Patient bewußtseinsklar und orientiert. Die Stimmungslage erschien indifferent, affektiv wirkte er mitunter etwas gespannt, zeitweilig auch leicht euphorisch. Ein Anhalt für Wahrnehmungsstörungen fand sich zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht, der Denkvorgang des Patienten war formal sprunghaft, inhaltlich kamen paranoide Vorstellungen, z.B. Vergiftungsängste, zum Ausdruck.

Der in Posen geborene, anschließend zwei Jahre in Frankfurt/Oder aufgewachsene und seit seinem 4. Lebensjahr in Berlin lebende Patient - Sohn eines im Krieg als Offizier vermißten Kaufmannes - war in Berlin gemeinsam mit seinem ein Jahr älteren Bruder und seiner zwei Jahre jüngeren Schwester in der Wohnung der 1913 geborenen Mutter, die als Haushälterin und als Aushilfe in Restaurants gearbeitet hatte, aufgewachsen. In der betreffenden 2-Zimmer-Wohnung, in der der Patient gewohnt hatte, lebte seine Mutter noch zum Zeitpunkt des geschilderten Aufenthaltes. In der Grundschule, in die er eingeschult wurde, erbrachte er zunächst gute Leistungen bis er im Alter von 8 Jahren in ein Heim kam, weil seine Mutter psychotisch wurde und in die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik eingewiesen werden mußte. Nach etwa dreiviertel Jahren stationären Aufenthaltes holte die Mutter ihre Kinder wieder zu sich. Die schulischen Leistungen des Patienten wurden schlecht, so daß er seinen Schulabschluß in einer Sonderklasse machen mußte. Mit 14 Jahren begann er eine Lehre bei einer Malerfirma, obgleich er selber den Wunsch gehegt hatte, Porzellanmaler werden zu dürfen. Vor Lehrbeginn hatte er in einer beschützenden Werkstätte mehrere Metallberufe kennengelernt. Der Bruder des Patienten hatte die mittlere Reife abgeschlossen, seine Schwester war ebenfalls 10 Jahre lang zur Schule gegangen. Der Bruder lernte bei der Firma Bayer-Leverkusen, die Schwester begann eine Ausbildung als Kinder- und Säuglingsschwester. Der Patient selber wohnte weiter bei seiner Mutter auch während der Lehrzeit. Als er 15 Jahre alt war, lernte seine Mutter einen zeitweilig selbständig arbeitenden, etwa gleichaltrigen Klempner und Installateur kennen. Dieser Lebensgefährte der Mutter war zu ihr in die Wohnung umgezogen, nachdem Herr Ko. in die Klinik gekommen war. Seiner Meinung nach war der Patient in seinem Leben zweimal aggressiv gegenüber seiner Mutter geworden: Das erste Mal, als er im Alter von 8 Jahren mit seiner Faust ihr ins Gesicht geschlagen hatte, weil sie ihn verprügelte - was im Zusammenhang mit der Klinikeinweisung seiner

Mutter und seiner Einweisung ins Heim gestanden haben soll. Der zweite Ausbruch an Aggressivität der Mutter gegenüber war den Angaben des Patienten zufolge vor seiner ersten, 1965 stattgefundenen Einweisung in die Landesnervenklinik (durch eine Bereitschaftsärztin und die Polizei) erfolgt: Der Patient hatte seine Mutter in die Badewanne zu stoßen versucht, weil er der Meinung gewesen war, daß sie seine Milch mit Waschpulver vergiftet hätte. Der Patient resümierte: "Ich wollte mal in die Geschichte eingehen, nicht nur in Büchern des Staates, sondern im Volke. Ich wollte einmal Maler werden, den Kindern helfen, damit sie sich nicht bestraft fühlen gegenüber anderen Gepflogenheiten. - Mir ist das Leben früher so wie gewollt gewesen, alles war da, ich hätte alles erreichen können, ohne Grenzen, ich hätte sogar Schullehrer werden können - plötzlich war alles aus, alles Versager, seitdem ich in die Klinik gekommen bin. - Ich hätte was Besseres werden können, wenn nicht dieser Rappel in mir entstanden wäre, diese Wut. Vielleicht wäre ich nicht in die Klinik gekommen, damals 1965, wenn mein Bruder dagewesen wäre. Er hätte mich korrigiert. Die Schwester war in die Schwesternschule gekommen, wohnte auch dort, ich war nur noch allein zu Haus. Mutter, B. (der Lebensgefährte der Mutter) und ich oder - allein, Mutter, B."

Der Patient hatte seit seiner ersten Einweisung in die Landesnervenklinik eine immer seltener durch Aufenthalte bei der Mutter unterbrochene Klinikkarriere hinter sich gebracht, wobei Resozialisierungsversuche, die vor allem von der langfristigen Rehabilitationsabteilung aus im Sinne einer angestrebten beruflichen Rehabilitation unternommen wurden, an seiner mangelnden Motivation und rasch auftretenden hypochondrisch gefärbten Beschwerden während der Arbeitsaufnahme zu scheitern schienen. Möglicherweise hatte die Vorstellung, den Patienten in die normale Arbeitswelt von in Neubauten tätigen Malerfirmen zu rehabilitieren, ohnehin zu einer Überforderung des Patienten geführt, dem ein geschützter Arbeitsplatz oder Teilzeitbeschäftigung eher angemessen gewesen wäre.

Jedenfalls waren bereits mindestens ein Jahr vor der Wiederaufnahme auf der geschilderten Aufnahmestation der LNK - durch die Verlegung in ein wenig rehabilitativ orientiertes Heim besiegelt - Resozialisierungsbemühungen im Falle des Patienten aufgegeben worden. Da seine Mutter und ihr Lebensgefährte weder bereit noch fähig waren, den Patienten aufzunehmen oder ihn in irgendeiner Weise zu unterstützen, war ihm der Weg in diese Richtung versperrt. Während seines Aufenthaltes auf der geschilderten Station ergab sich hin und wieder die Gelegenheit, die schwer gestörte Kommunikation zwischen dem Patienten und seiner Mutter zu erleben, ohne daß man sich - wegen der bestehenden Verhältnisse - auf ein familientherapeutisches Eingreifen hätte einlassen können. Beispielsweise hatte der Patient um Ausgang nach Hause gebeten, am Nachmittag war er in das Zimmer des Stationsarztes gekommen und hatte ihm mitgeteilt, daß seine Mutter und ihr Lebensgefährte sich in der Klinik befänden, eigenartigerweise aber nicht zum Stationsarzt kommen wollten, obwohl sie sich mit einem Besuch des Patienten einverstanden erklärt hätten. Als dem Patienten daraufhin gesagt wurde, daß man das Einverständnis direkt von der Mutter hören wolle und ihm die Frage gestellt wurde, warum sie denn wohl nicht

auf der Station erscheine, wirkte der Patient ratlos, während bei dem Stationsarzt der Gedanke nahelag, daß der eigentliche Wunsch der Mutter sein könnte, einen Besuch ihres Sohnes zu verhindern. Nach der Aufforderung durch den Stationsarzt begab sich Herr Ko. noch einmal ins Klinikgelände und holte seine Mutter und ihren Lebensgefährten herbei, so daß die Mutter nun tatsächlich nolens volens im Zimmer des Arztes erschien, wobei sie mit giftiger Stimme ihren an ihre Fersen gehefteten Lebensgefährten - einen vertrocknet und wenig gutartig wirkenden kleinen Mann mit schnarrender Stimme - vor die Tür verwies. In dem längeren, mit der Mutter des Patienten geführten Gespräch hatte auch der Stationsarzt schließlich Schwierigkeiten, mit der Haltung der Mutter zurecht zu kommen, die eine Mischung darstellte aus vordergründiger Besorgtheit und anscheinend vorgespieltem Interesse, aus gefühlskalter Abwehr und Zurückweisung jeglicher Irritierung durch die Problematik ihres Sohnes sowie aus unlogischer Rechtfertigung. Bezeichnend für die Grundhaltung der Mutter des Patienten war, daß sie sich zwar im Prinzip mit einem Besuch ihres Sohnes zu Hause am folgenden Sonntag einverstanden erklärte hatte, andererseits jedoch durchblicken ließ, daß sie ihren Sohn (nach immerhin einigen Monaten Kontaktabstinenz) erst nach dem Mittagessen zu sehen wünschte und für den Fall, daß an dem betreffenden Sonntag schönes Wetter wäre, sich lieber mit ihm im Strandbad Wannsee treffen würde.

Bei der schroffen Ablehnung, die der Patient in unangenehm verklausulierter Form von seiner Mutter erfahren hatte und bei der totalen Isolierung von den übrigen Mitgliedern der Familie konnte man die Einschätzung seiner Lebenssituation, die er einige Monate nach Wiederaufnahme auf einer geschlossenen Aufnahmestation abgegeben hatte, nachfühlen: Er fühlte sich "vernachlässigt, betrogen, hintergangen und irgendwie bestraft". Präziser als in diesem Satz konnte die subjektive Situation des Patienten kaum beschrieben werden. Daß unter diesen Umständen der Patient zu einer sinnvollen Tätigkeit und der Planung einer konkreten Perspektive seines Lebens nicht zu motivieren war, läßt sich vorstellen.

Der Aufenthalt über einen Zeitraum von 6 Monaten, der sich an die Wiederweisung in der geschlossenen Aufnahmestation abspielte, hatte für den Patienten keinen rehabilitativen Effekt. Auch unter der Voraussetzung, daß es sich bei Herrn Ko. um einen chronisch schizophrenen Patienten handelte, war die Aufnahmestation schwerlich in der Lage, das "therapeutisch inspirierte sozietäre Substitut" darzustellen, von dem KISKER (1967) im Hinblick auf die ambulanten und halbambulant Hilfen für chronisch Schizophrene feststellte, daß es von dieser Patientengruppe ein Leben lang benötigt werden würde, um ihren eingeschränkten Alltag bestehen zu können. +)

+) Der beschriebene Patient wurde übrigens wenige Wochen, nachdem er nach sechsmonatigem Aufenthalt auf einer geschlossenen Aufnahmestation in eine gemischtgeschlechtlich belegte Station für langfristig hospitalisierte Patienten mit rehabilitativer Zielsetzung verlegt worden war, wegen dort aufgetretenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Exazerbation psychotischer Erlebnis- und Verhaltensweisen wiederum auf die geschlossene Station zurückverlegt. - Der Fragestellung, ob rehabilitative Zielvorstellungen beim Umgang mit den Verhaltensschwierigkeiten chronisch psychotischer Patienten nicht als Alibi dafür dienen können, sich das Eingehen auf solcher Art schwierige Patienten zu ersparen, soll an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen werden. Solcherlei Praxis scheint jedoch eine Entwicklung zu begünstigen, die geschlossene Aufnahmestationen psychiatrischer Kliniken gleichzeitig zu Endstationen machen kann.

Bei Patienten Nr. 20 unserer Untersuchung, Herrn Me., handelte es sich um einen 46jährigen, von seinen Eltern von frühen Kindesbeinen an als weibliches Wesen erzogenen Transvestiten, dessen jüngere Schwester lesbisch war und der im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte einen ständigen sozialen Abstieg durchgemacht hatte vom promovierten Studienrat in philologischen Fächern über die Tätigkeit als "Verwaltungsangestellte" über Warenhausdiebstahl mit anschließender Haftstrafe bis zum Absinken in den Alkoholabusus im Obdachlosenasyll.

Der Patient war unter Mitwirkung des Gesundheitsamtes Charlottenburg in prädelirantem Zustand auf freiwilliger Basis zur Aufnahme gekommen. Anamnestisch machte er die Angaben, daß seine Eltern bereits gestorben waren und seine einige Jahre jüngere Schwester mit 35 Jahren bei einem Verkehrsunfall ums Leben gekommen war. Der Patient war als Sohn eines Redakteurs und einer Sekretärin gemeinsam mit seiner Schwester im elterlichen Haushalt aufgewachsen. Nach seiner Ansicht hatte er eine sehr glückliche Kindheit und Jugend in Tangermünde/Elbe, in Wittstock/Dosse, in Berlin und in Göttingen gehabt. Der Patient bezeichnete diesen Abschnitt seines Lebens als "goldige Kindheit". Soweit seine Erinnerung reichte war der Patient auf Drängen seines Vaters, der sich eine Tochter gewünscht hatte, stets in Mädchenkleidern gegangen, die er auch später nach Schulbeginn getragen hatte. Nach einem 1944 bestandenen Notabitur war der Patient anschließend sogar ein Jahr lang Soldat in Dänemark. 1947 begann er ein Philologiestudium, das er in Göttingen 1952 mit dem Staatsexamen und der Promotion abschloß. Nach seinen Angaben war er anschließend zunächst Lehrer in West-Berlin, später noch in Göttingen. 1956 wurde er aus dem Schuldienst ausgeschlossen, da Beschwerden der Eltern bei der Schulbehörde eingetroffen waren wegen der Verhaltensauffälligkeiten des Patienten, der sich nach den Schulvormittagen zu Hause sogleich Frauenkleider angezogen und damit den Nachmittag als Frau beschlossen hatte. Nach seinem Ausscheiden aus dem Schuldienst war der Patient bei verschiedenen Firmen als "kaufmännische Angestellte" tätig. 1971 war er nach West-Berlin zurückgekehrt, er hatte seinen Angaben zufolge "Sehnsucht", "--- immer da wo ich nicht bin, da will ich sein." Von Herbst 1971 bis November 1972 befand er sich in Haft wegen zahlreicher Ladendiebstähle. Seinen Angaben zufolge durfte er seine Kleider in der Haft jedoch tragen. Nach der Haftentlassung kam der Patient in das Obdachlosenasyll, in dem er zum Zeitpunkt der Aufnahme noch lebte, "da war es ganz aus, da fing die Sauferei an: Christa, komm mal rüber, ich hab ne Pulle, da mußte man sich natürlich revanchieren." Zuletzt hatte er von Dezember 1972 bis Februar 1973 als "Angestellte" in einer Samengroßhandlung gearbeitet, danach lebte er mehr oder weniger mittellos im Obdachlosenasyll, Sozialunterstützung hatte er sich nur zweimal geholt.

Transvestit war der Patient wie gesagt von Kindesbeinen an. Der Vater hatte sich eine Tochter gewünscht, weswegen er den Patienten in dessen Kindheit nur "meine Christel" nannte, ihn im Einverständnis mit der Mutter in Mädchenkleidern herumlaufen ließ und später dafür sorgte, daß der Patient - der auch von Schulkameraden Christel gerufen wurde - in der Schule vom Turnunterricht befreit war etc. Seinen Angaben zufolge hatte der Patient bis zu seinem 23. Lebensjahr eine hohe Stimme und keinen Bartwuchs. Dann

jedoch begann auch bei ihm "dieser scheußliche Bartwuchs". Später ließ er sich Oestrogen-Spritzen geben, die eine Feminisierung bewirkten und die maskulinen Merkmale etwas zurückdrängten. Im Gegensatz zu ihm war seine Schwester lesbisch geworden, sie nannte ihn Tina, sich selber nannte sie Richard. Während seines Studiums lief der Patient in seiner äußeren Erscheinung mehr oder weniger "neutral" herum, später - als er den Lehrerberuf ausübte - ging er vormittags als weiblicher Mann und nachmittags als männliche Dame. Intimen Kontakt zum gleichen oder anderen Geschlecht hat der Patient aufgrund seiner eigenen Unbestimmbarkeit nie gehabt. Er berichtete, daß es bei einer Beziehung zu einem Mann schon einmal zu einem Kuß gekommen sei - "als er dann aber zudringlich werden wollte, hab ich ihm eins auf die Finger gegeben - zärtlich natürlich." Seit Februar 1973 litt der Patient an Depressionen, Angst, Herzklopfen, Schweißausbrüchen. Täglich hat er in der letzten Zeit eine Flasche Klaren getrunken, "bei Albrecht für 4,75 DM eine große Flasche Klaren, dann weiß ich wenigstens, was ich habe." Ursprünglich hatte der Patient geplant, am Aufnahmetag in einer Klinik in Großbritannien zu einer geschlechtsumwandelnden Operation zu erscheinen, für die er seinen Angaben zufolge bereits 1.400 DM angezahlt hatte, dann fehlten ihm jedoch die Reisekosten und die Aufenthaltskosten für England. Das Sozialamt hatte ihm nach seinen Angaben lediglich einen Koffer und 35 DM in Aussicht gestellt.

Der Patient, der in altmodisch wirkenden Frauenkleidern mit Perücke unter den Zeichen eines alkoholischen Prädelirs in ungepflegtem, nahezu verwahrlosten Zustand auf der geschlossenen Station zur Aufnahme erschien, wirkte stimmungsmäßig indifferent, affektiv scheinbar naiv und pseudofeminin, eher noch infantil. Ein Anhalt für Wahrnehmungsstörungen fand sich nicht, der Denkvorgang war formal unauffällig, inhaltlich geprägt durch hochgradige Kritikschwäche.

Der Verlauf in der Institution war dadurch gekennzeichnet, daß es nicht gelang, bei dem bestehenden therapeutischen Milieu den Patienten über die Behandlung der Entzugssymptomatik hinaus zu motivieren, sich auf eine längere Behandlung und auf ein Inangriffnehmen seiner Probleme im Sinne einer Änderung seiner gesamten sozialen Situation einzulassen. Insofern erfüllte der Patient drei der vier an den Anfang des kasuistischen Teils der Untersuchung gestellten Kriterien:

Herr Me. hatte aufgrund des familiären Milieus, aus dem er stammte und infolge der sich daraus ergebenden Entwicklungsgeschichte eine nachhaltige Prägung seiner Persönlichkeit in Richtung psychischer Devianz erfahren. Er war in einem anscheinend hochgradig pathologischen Elternhaus aufgewachsen, in dem die beiden Elternteile offenbar ihre Rollenprobleme und ihre in einen merkwürdigen Konkurrenzkampf ausartenden Konflikte in schon grotesk anmutender Weise auf ihre Kinder übertragen hatten, wodurch bei dem Patienten wie auch bei seiner Schwester nachhaltig und unkorrigierbar die sexuellen Verhaltensabweichungen eine Fixierung erfahren hatten. Sein Lebensweg demonstrierte deutlich, auf welche Weise die sexuelle Eigenart des Patienten seinen sozialen Abstieg besiegelt hatte, obwohl die an bildungsbürgerlichen Berufsmaßstäben orientierte akademische Ausbildung des Patienten mit anschließender Berufsausübung ihm zunächst

noch die Chance zu lassen schien, trotz seiner Devianz im sexuellen Bereich seine soziale Existenz zu sichern.

Daß psychisch Deviante eine lange negative Patientenkarriere ohne jeden Kontakt zu psychiatrischen Institutionen hinter sich bringen können, demonstrierte der soziale Abstieg des Patienten mit den Folgen für seine Persönlichkeit nachdrücklich: Herr Me. hatte aufgrund seiner aus seiner Lebensentwicklung resultierenden Eigenart keine Chance, sich im Rahmen des ihm Möglichen sozial zu verwirklichen, obwohl seine berufliche Qualifikation eher über dem Durchschnitt gelegen hatte und er sich bemüht zu haben schien, seine sexuelle Eigenart auf sein außerdienstliches Privatleben zu beschränken. +)

Der hier vorgetragene Fall soll einerseits demonstrieren, daß der Erstkontakt eines auf psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfe angewiesenen Mitgliedes der Gesellschaft nicht selten erst am Ende einer durch soziale Deprivation gekennzeichneten Patientenkarriere zustande kommen kann, andererseits soll er einen Hinweis darauf liefern, daß in dem durch die bisher beschriebenen Verhältnisse geprägten therapeutischen Milieu einer psychiatrischen geschlossenen Aufnahmestation - weil für den betroffenen Patienten möglicherweise eine Alternative zu dem bisher erlebten sozialen Milieu gar nicht sichtbar wird - therapeutisch wirksame Ansätze nicht entwickelt werden können. Insofern trifft auf den geschilderten Fall das Kriterium einer Unzulänglichkeit im Umgang mit den geschilderten Störungen durch mangelhafte, zu wenig dichte Versorgung zu, was konkret bedeutete, daß der betreffende Patient nach Abklingen der unmittelbaren Alkohol-Entzugserscheinungen ohne jede Sicherung einer ambulanten Nachbetreuung und in nach wie vor desolate soziale Verhältnisse auf seinen eigenen Wunsch hin wieder entlassen wurde.

Nachdem im Vorhergehenden anhand von drei Fallschilderungen versucht worden ist, eine Illustration der Dimensionen von psychosozialen Problemen zu liefern, die sich bei der geschilderten Tendenz einer akzentuierten Ausgrenzung innerhalb einer psychiatrischen Großinstitution im Sinne einer Klinik in der Klinik als unlösbar herausstellen können, soll das Beispiel eines Patienten - der in einer Vorschaltambulanz hätte gesehen werden müssen - gegenübergestellt werden, um die Bandbreite nicht zu

+)

Die Tatsache, daß ein Lehrer anläßlich einer sexuellen Devianz, die ein autoritär-patriarchalisches Auftreten ausschloß und eine aufdringliche Affizierung der ihm anvertrauten Schüler durch die persönliche Eigenart nicht einschloß, aufgrund eines moralisierenden Protestes der Eltern mit entsprechend ausgrenzender Reaktion der Schulbehörde dem völligen sozialen Ruin preisgegeben wurde, wirft erneut Licht auf die Tatsache, daß trotz einer inzwischen eingetretenen Informationsschwemme über psychosoziale Probleme und trotz Transvestiten-Shows - mit Hilfe derer sich gerade Mitglieder der hier betroffenen middle class ein voyeuristisches Vergnügen bereiten - die Toleranz im konkreten Umgang mit psychisch Devianten nicht bedeutend größer geworden zu sein scheint. Diese Interpretation sagt nichts über die komplizierte, den Transsexualismus in die Nähe der Sucht ansiedelnde Psychodynamik auch des geschilderten Falles aus, sie unterstreicht lediglich die unlängst geäußerte Kritik an

vereinbarer Funktionen der geschilderten geschlossenen Aufnahmestationen zu demonstrieren.

Patient Wg. (Aufnahmenummer 2295/72), 24 Jahre alt, kam am 15.9.1972 gegen 7.30 Uhr wegen Suizidalität zur Aufnahme über das Städt. Krankenhaus Wilmersdorf, nachdem Schraufverletzungen im Bereich beider Handgelenke versorgt worden waren.

Auf der Station machte er bei der Erstuntersuchung morgens folgende anamnestische Angaben: Gebürtiger Berliner, Sohn eines Zollbeamten, zwei ältere Schwestern, eine in Persien verheiratet, die andere in West-Berlin lebend. Bis zum 18. Lebensjahr zu Hause bei den Eltern, Besuch der Realschule mit anschließender Maschinenschlosserlehre in einer Spinnstofffabrik. Danach Bewerbung bei der Polizei. Als von dort eine Ablehnung kam, ging er zu den Fallschirmjägern bei der Bundeswehr, wo er von 1966 bis 1968 war mit anschließender Desertierung, nachdem er sich ursprünglich für 6 Jahre verpflichtet hatte. "Seit der Bundeswehr ging es fürchterlich bergab, da hab' ich's gelernt mit den Männern, da hab' ich's gelernt mit dem Alkohol und da hab' ich's gelernt mit dem Spielen."

Nach seiner 1968 erfolgten Rückkehr nach West-Berlin stürzte sich der Patient in die Abenteuer des Nachtlebens, er war als Croupier in Spielhöhlen, als Zapfer in Kneipen etc. tätig. Zum Zeitpunkt der Aufnahme lebte er mit einem Freund zusammen, außerdem gab er an, in den letzten drei Monaten als Gerüstbauer tätig gewesen zu sein.

Wegen einiger Delikte - Diebstahl, Unterschlagung etc. - hatte er sich ca. 4 Wochen in Untersuchungshaft in Moabit befunden. 4 Tage vor seinem Auftauchen in der Landesnervenklinik war er mit der Auflage aus der Haft entlassen worden, sich polizeilich zu melden und eine Arbeitsbescheinigung vorzulegen. Bei dem Versuch, seinen in einer Prostituierten- und Spielhöllengegend verpfändeten Personalausweis wiederzubekommen, hatte der Patient in der vorausgegangenen Nacht seinen Angaben zufolge Schiffbruch erlitten, weswegen er sich in alkoholisiertem Zustand in der Wohnung seines Freundes die Pulsaderschnitte beigebracht hatte.

Da er zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung - nunmehr einigermaßen ernüchtert - nicht bereit war, in der Klinik zu bleiben, mußte eine Entscheidung über seine Entlassung getroffen werden. Der Patient war bei dem Aufnahmegespräch wachbewußt und voll orientiert, die vergangene Alkoholintoxikation war anhand geröteter Konjunktiven und eines Alkohol-Foetor erkennbar. Die Stimmungslage des Patienten erschien zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung ausgeglichen, affektiv machte er einen oberflächlichen Eindruck, ein Anhalt für Wahrnehmungs-, Denk- oder Gedächtnisstörungen ergab sich nicht. Der Eindruck einer aktuellen Suizidgefährdung des Patienten entstand beim Untersucher nicht, weswegen der Patient bereits 4 Stunden nach seiner Aufnahme auf der geschlossenen Aufnahmestation wieder entlassen wurde.

der Auffassung von der "primären Unsozialität des sexuell Abnormen" (SCHELSKY 1955) mit ihren scheinbar strikt persönlichkeitsgebundenen Phänomenen. "Mehr als irreduzible Phänomene sind sie soziale Artefakte, weil es in den meisten Ländern an Institutionen mangelt, die sich um diese Menschen kümmern." (PLOEGER u. FLAMM 1976)

Somit fallen auf einer psychiatrischen Aufnahmestation, die durch die beschriebenen Verhältnisse geprägt ist, auf der einen Seite Entscheidungen an, die zum Aufgabenbereich einer Screening- oder Vorschaltambulanz gehörten, d.h. Entscheidungen über die Notwendigkeit stationärer Behandlung, über die Frage eventuell fortbestehender Suizidalität, über das sinnvollste Behandlungsangebot etc.

Zwischen dem anderen Extrem der mehr oder weniger dauernden stationären Behandlung einer Gruppe chronisch erkrankter Patienten, die sich - neben anderen, stationär aufgenommenen - als fehlplaziert erweisen, liegen die eigentlichen Aufgaben einer psychiatrischen Aufnahmestation: Die Akutbehandlung psychotischer Patienten, die stationäre psychiatrische und nötigenfalls medizinische Hilfe bei akuten Zuständen einschließlich Intoxikationen, die diagnostische Abklärung psychiatrischer Krankheitsbilder und die Einleitung therapeutischer Maßnahmen von der Psychopharmakotherapie bis hin zu soziotherapeutischen Methoden.

Die hier nur andeutungsweise wiedergegebenen, komplizierten und für den weiteren Weg eines Patienten so oft entscheidenden Funktionen einer psychiatrischen Aufnahmestation können jedoch nur schwer wahrgenommen werden, wenn - wie sich aus der Stichtagsuntersuchung beispielsweise ergeben hat - mindestens 41 % der anwesenden Patienten **f e h l p l a z i e r t** sind.

Es handelt sich bei der untersuchten Patientengruppe um 5 bzw. 6 Patienten, die nicht auf eine geschlossene psychiatrische Aufnahmestation sondern in ein psychiatrisches Wohnheim bzw. Übergangsheim gehört hätten (Patient 1, 15, 16, 24, 31, eventuell 35). Für 4 Patienten wäre ein psychiatrisch ausreichend betreutes Altenheim (Patient 4 und 11) bzw. ein auch gerontopsychiatrische Patienten tolerierendes Altenpflegeheim (Patient 6 und 39) als Aufenthaltsort angemessen gewesen. 8 chronische Alkoholiker (Patient 5, 8, 14, 20, 22, 29, 30 und 33) waren ebenso auf einer psychiatrischen Aufnahmestation fehlplaziert und hätten in entsprechende Heime gehört (wobei an dieser Stelle weder die Frage möglicher verhaltenstherapeutischer Konzepte noch das Problem rechtlicher Grundlagen bei der Behandlung chronischer, extrem rückfallgefährdeter und sozial völlig desintegrier-

ter Alkoholiker erörtert werden soll).

Tatsache ist, daß eine psychiatrische Aufnahmestation, die nicht nur nebenbei die Funktion einer Vorschaltambulanz zu erfüllen hat, sondern auch für verschiedene Gruppen fehlplazierter Patienten über längere oder lange Zeiträume als Daueraufenthalt dienen muß, ihren eigentlichen Aufgaben nicht gerecht werden kann. Die chronisch psychotischen Patienten, im Umgang schwierig und voller zum großen Teil negativer Erfahrungen mit psychiatrischen oder sozialen Institutionen sowie durch Hospitalismuserscheinungen geprägt, versuchen ihre Bedürfnisse häufig genug durch eine Verstärkung ihrer Symptomatik zu realisieren. Die psychisch Alterskranken mit ihrer Verwirrtheit und psychomotorischen Unruhe wirken störend und werden deshalb bei zahlreichen Gelegenheiten im Stationsbetrieb frustriert, was ihre Unruhe erhöht. Die chronischen Alkoholiker tragen zum Atmosphärischen durch ihr Agieren und ihre Verwahrlosungstendenzen Negatives bei, versehen das Ganze mit einem Hauch Obdachlosenasyll und nutzen nahezu jeden Freiraum, um rückfällig zu werden, was die Unruhe auf der Station wiederum erhöht.

Ergebnis einer solchen Entwicklung kann eine Situation sein, in der die Ordnung des Wohnens (im Sinne ZUTTs) zur Unordnung im Zwischenmenschlichen beiträgt und - im Gegensatz zu rigider Überstrukturierung - Anzeichen von Strukturlosigkeit und Auflösung hinzukommen.

Die Situation auf einer der vier Aufnahmestationen, die als "Klinik in der Klinik" charakterisiert worden sind, war - wie beschrieben - geprägt durch die Erscheinungen einer Drehtürpsychiatrie, durch eine Zunahme sozialer Problematik der Klientel (gekennzeichnet u.a. durch zunehmende Arbeitslosigkeit und Wohnungsprobleme), ein Absinken der Toleranzschwelle für psychosozial gestörtes Verhalten in anderen medizinischen und sozialen Institutionen sowie Teilbereichen der eigenen Institution, durch fehlende Koordination der therapeutischen Arbeit im Sinne einer Stufenrehabilitation, eine negative Auslese psychosozial Gestörter in disparater Zusammensetzung (Psychotiker gemischt mit Suchtkranken und psychisch Alters-

kranken) sowie durch Fehlplatzierungen von zumeist zu Chronizität neigenden Patienten aus den drei genannten Gruppen.

Die Folge von Entwicklungen innerhalb einer psychiatrischen Institution, die auf die Bildung einer Klinik in der Klinik hinauslaufen, besteht darin, daß vor allem in diesem Bereich unternommene therapeutische Bemühungen von verschiedenen Patientengruppen nicht gerecht werden können, eine zunehmende Unruhe bei fehlender soziotherapeutischer Strukturierung einsetzt und das Niveau institutionellisierten, psychiatrischen Selbstverständnisses absinkt bis zu der täglich wiederkehrenden Frage, wie viele "freie Betten" für den Nachschub psychosozialer Not- und Problemfälle vorhanden sind. Gelangt eine psychiatrische Institution unter dem bestehenden Versorgungsdruck in eine Situation, in der sie nur noch versucht, ihrer Verpflichtung nachzukommen, als Pool für psychosozial Miffällige bereit zu sein und schafft sie das in dieser Notlage unter Umständen nur dadurch, daß sie einen Bereich mit besonders extremen Verhältnissen etabliert, so bleibt als Folge davon ihr therapeutischer Anspruch auf der Strecke, stellen sich bei den Patienten negative Beeinflussungen durch die Institution heraus und resultiert für die Beschäftigten vor allem in diesem extremen Bereich eine Haltung, die durch das Gefühl ständiger Überlastung, das Schwanken zwischen Katastrophenstimmung und Gleichgültigkeit (durch ständige Frustrationen und die Empfindung, eine Sisyphusarbeit zu leisten, hervorgerufen) gekennzeichnet ist.

Resultat ist ein therapeutischen Zielsetzungen abträgliches Klima der Unruhe, in dem die alten Patienten keine relative Geborgenheit und Beruhigung finden können, die Suchtkranken sich oberflächlich anpassen oder agierend Freiräume für sich in Anspruch nehmen, während zu akut psychotisch Erkrankten sich in diesem Milieu keine ausreichend dichte und tragende Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten herstellen läßt.

Eine für den Patienten durchsichtige und plausible soziotherapeutische Strukturierung des klinischen Alltags ist aus den genannten Gründen nicht möglich. Ansätze einer solchen Strukturierung, die nicht nur durch traditionelle Visiten, sondern auch durch Gruppenveranstaltungen wie beispiels-

weise Stationsversammlungen versucht werden, haben kaum einen positiv prägenden, therapeutischen Einfluß. Zusätzliche Angebote von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie werden auch von Patienten, bei denen die Indikation zu ergotherapeutischen Maßnahmen besteht, häufig nicht aufgegriffen, weil sie in einem Milieu allgemeiner Strukturlosigkeit nicht genügend deutlich gemacht werden können. Finden ergotherapeutische Maßnahmen statt, bedingen relativ große Entfernungen zu den Einrichtungen der Ergotherapie - ein Nachteil des Pavillon-Baustils der Gesamtklinik - und mangelhafte Integration der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, daß rehabilitationsfördernd gedachte Prozesse unkontrolliert ablaufen und ohne ausreichende Rückmeldung zu den behandelnden Therapeuten auf den Stationen vor sich gehen. Psychisch Kranke mit Neigung zu Agieren oder Regression können in einem solchen Milieu Haltungen entwickeln, die die ursprüngliche Störung verstärken und zum Ausgangspunkt negativer Patientenkarrieren werden können.

Welchem Stress unter diesen Bedingungen die auf den sogenannten Aufnahmestationen Tätigen in der Landesnervenklinik - zumindest bis zum Zeitpunkt der Untersuchung - ausgesetzt waren, ist absehbar. Hier wurde medizinische und sozialpsychiatrische Arbeit in aller Hast gefordert und geleistet, zeitweilig bekamen diese Stationen eine Verschiebebahnhof-Funktion für psychosoziale Problemfälle, die von jedem einen großen Einsatz abverlangte bei ständig ausbleibenden Erfolgserlebnissen. Als verständlich aber dennoch verhängnisvoll wäre in diesem Zusammenhang eine mögliche Tendenz zu beurteilen, die darin bestehen könnte, daß die ärztliche Leitung unter den gegebenen Verhältnissen sich in einer Art Absatzbewegung von dem geschilderten Schauplatz zurückziehen könnte, weil die sozialen Probleme der Klientel möglicherweise in einem Ausmaß überwiegen könnten, daß selbst die Faszination durch die "autre monde" psychisch Devianter wegfielen. Wie einen Psychiater mit traditionellem

oder psychoanalytischen Selbstverständnisses ein sozial problembeladenes, ständig wechselndes, im ganzen erschreckend amorph wirkendes Patientenkollektiv noch zu reizen vermag, in dem asoziales Verhalten, Ziellosigkeit und Desintegration an Boden gewinnen, ist nicht nur abhängig von seiner eigenen Persönlichkeitsentwicklung sondern auch geprägt von sozialen Zielvorstellungen, die er in sich trägt. +) Für die ärztliche Führung stellt sich unter derartig ungünstigen Bedingungen die Gefahr ein, daß sie sich an Formalismen festhält, hierarchische Strukturen eher aufrecht zu erhalten versucht, im übrigen jedoch - von sich selbst nahezu unbemerkt - einen Rückzug aus der Misere des klinischen Alltags anstrebt. Als Begründung für diesen Rückzug sind dann psychoanalytische Therapie - privat betrieben -, Konsiliartätigkeit in anderen Institutionen, Tätigkeiten als Gutachter oder Dozent einleuchtend und ausreichend, um abnehmende Präsenz und zurückhaltendes Engagement zu begründen.

+) KISKER hat die problematische Beziehung zwischen dem Psychiater und seinem Patienten, das Spannungsfeld - in dem sich beide begegnen - in einem viel schärferen Licht dargestellt als es unsere auf eine Strukturanalyse von möglichen Widersprüchen einer zeitgenössischen Anstaltspsychiatrie ausgerichtete Betrachtung nahelegte: "In der Tat hat unsere Gesellschaft ihren Psychiatern einen Ort zugewiesen, der ziemlich weit ... an der abwegigen Seite der Verrücktheit (liegt). Die Alienisten haben sich dort zumeist wohl gefühlt und sind im Acker der Alienation heimisch geworden, so wie die Kolonialverwaltung im Territorium einer *a u t r e m o n d e* einen Bereich absteckt, der dann parzelliert und mit heimischen Namen versehen wird, während das Jenseits der Grenze unheimlicher Dschungel bleibt. Als anständige Verweser der Kolonial-Interessen der Gesellschaft haben die Psychiater ihr Bestes getan: nosologische Kartographie, pathogenetische Geologie, Psychopathologie der Kolonialkulturen usw. Sie gingen noch weiter und sie suchten die Privatlogik der Dokumente dieser Abwegigen zu entziffern und die Privatgrammatik ihrer Stammes-Dialekte zu erlernen. Sie ersannen schwierige Prozeduren einer Rück-Übersetzung dieser Dialekte in die vertraute, heimatliche Sprache. Die psychoanalytische Theorie z.B. ist der wichtigste aller Versuche einer solchen Re-Translation.

Man könnte nun fragen, welcher Gewinn aus der Kolonie in das Heimatland zurückfloß. Keiner, wäre zu antworten, und man könnte dem psychiatrischen Administratoren aus diesem Verlustgeschäft nicht einmal einen Strick drehen, denn wie hätten sie ihren Auftraggebern, die doch die Wege der Abwegigen als Ab-Wege ansahen, die sonderbaren Rituale dieser Welt als einen Reichtum, als das genaue Gegenteil einer *q u a n t i t é n é g l i g e a b l e* darstellen sollen? Wo die Abwegigen ihnen noch den Zugang in ihre Welt dadurch ungemütlich machen, daß sie dem psychiatrischen Kolonisator eine Art Apartheids-Distanz geradezu nahelegen." (KISKER 1970)

Während sich 1974 bzw. 1975 12 bzw. 14 Fachärzte die Aufgabe der ärztlichen Leitung der über 1000 Behandlungsplätze bietenden Landesnervenklinik Berlin teilten, waren es 42 Assistenzärzte (die inzwischen im Zuge von Sparmaßnahmen um etliche Stellen reduziert worden sind), aus denen sich die 8, zeitweilig 12 Assistenten rekrutierten, die für jeweils ein Jahr auf den geschlossenen Aufnahmestationen Dienst zu tun hatten. Verständlich mag sein, daß im Laufe der Entwicklung der Landesnervenklinik Berlin Arbeitsplätze für Assistenzärzte auf den geschlossenen Aufnahmestationen aufgrund der geschilderten Verhältnisse an Attraktivität verloren haben.

Der junge Arzt oder die Ärztin - mit oder ohne breitere Erfahrungen in anderen medizinischen Bereichen - sieht sich als Stationsarzt bzw. -ärztin auf einer psychiatrischen Aufnahmestation, die als Klinik in der Klinik Resultat mangelhafter Entwicklung und widersprüchlicher Tendenzen eines psychiatrischen Versorgungssystems darstellt, mit einer Situation konfrontiert, die ein Scheitern des oder der Betreffenden von vorneherein einschließt. Ein untherapeutisches Milieu - geprägt durch hohen Patientendurchgang, disparate Zusammensetzung der Klientel, fehlende soziotherapeutische Strukturierung und mangelhafte Möglichkeiten zu einer Weiterleitung der Patienten im Sinne einer Stufenrehabilitation - bietet äußerst ungünstige Voraussetzung dafür, ein dialogisches Verhältnis zu den überantworteten Patienten zu finden. Die Alltagsarbeit ist bestimmt vom Versorgungsdruck, von Neuaufnahmen, von der Frage nach "freien Betten", von der Suche nach Verlegungsmöglichkeiten und dem Zwang, nötigenfalls sich bei Patienten der Station auf einen frühest möglich noch zu vertretenden Entlassungszeitpunkt festzulegen ohne Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Gesichtspunkte.

Abgesehen von der Tatsache, daß senil verwirrte, intoxikiert-delirante, melancholische, expansiv-manische, aggressiv-enthemmte, angstvoll-erregte und mißtrauisch-wahnkranke sowie hirnorganisch veränderte Patienten einen Einfluß auf den Arzt ausüben können, der zu seiner eigenen Verunsicherung, zu Angst und unreflektierten Abwehrmechanismen

führen kann - abgesehen also von dem Umstand, daß der junge Arzt häufig ohne genügende Vorbereitung und ohne ausreichende Supervision mit der breiten Front psychiatrischer Störungen konfrontiert ist, ersticken seine Initiative und mitmenschliche Aufgeschlossenheit nicht selten in einer Flut von Alltagspflichten, die bei hohem Patientendurchgang entsprechend ausgedehnt sind.

Die Beachtung eines juristisch korrekten Einweisungsmodus bei zwangsweise Untergebrachten, die Beurteilung von Selbst- oder Fremdgefährdung im Falle eines Entlassungswunsches bei einem freiwillig in der Klinik befindlichen Patienten und die sich daraus eventuell ergebende Notwendigkeit, Kontakt mit dem zuständigen Gesundheitsamt, das eine Unterbringung beantragen kann, aufzunehmen - diese Teilaspekte psychiatrischer Pflichten, bei dem individuelle und soziale Faktoren beachtet sein wollen, fallen zwar als Arbeitsergebnis nicht ins Gewicht, erfordern jedoch häufig einen aufzehrenden Zeitaufwand.

Die klinischen Aufgaben eines Assistenten verlangen beispielsweise beim psychischen Befund eines neu aufgenommenen Patienten, sich auf etwa zehn charakteristische Merkmale festzulegen, der körperliche Befund auf vorgedruckten Dokumentationsbögen sieht die Beachtung von 97 Einzeluntersuchungen vor. Etwa 40 Ergebnisse der routinemäßig durchgeführten Laboruntersuchungen müssen kontrolliert und beurteilt werden, die ebenfalls routinemäßig durchgeführten Röntgenuntersuchungen von Schädel und Thorax müssen veranlaßt, ihre Ergebnisse müssen zur Kenntnis genommen und diagnostisch eingeordnet werden, eventuell notwendig werdende Diagnostik wie Elektroenzephalographie, Echoenzephalogramm, EKG etc. müssen nötigenfalls veranlaßt werden. Im Falle einer Verlegung eines Patienten müssen Anamnese, Befunde und Verlauf diktiert sein und schriftlich weitergegeben werden. Bei einer Entlassung sind neben dem anzufertigenden epikritischen Bericht auf statistischen Diagnosescheinen unter 24 möglichen Merkmalen mindestens 5 auszuwählen, zusätzlich ist aus der internationalen Klassifikation, dem ICD-Diagnoseschlüssel unter 153 möglichen psychiatrischen Diagnosen mindestens eine auszuwählen, im Todesfalle ist zusätzlich die Todesursache anzugeben.

Wenn neben Rentengutachten, die nicht selten auch über bereits entlassene Patienten für den Sozialversicherungsträger erstellt werden müssen, neben Gutachten für Privatversicherungen und Krankenkassen bei Ablehnung von Kostenübernahmen, neben Kostenverlängerungsanträgen für die Krankenkassen, gutachtlichen Stellungnahmen bei Pfllegschaftsanträgen oder vormundschaftsgerichtlichen Anfragen etc. - wenn neben diesem Berg an häufig stärker administrativer Arbeit noch Zeit für die Begegnung mit dem Patienten im ärztlichen Gespräch bleibt, beschränkt sich dieses nicht selten auf die diagnostische Anfangssituation. Auf diese Weise kann die therapeutische Phantasie auch eines Arztes, der im Sinne ENGELMEIERS (1969) die "Psychiatrie als soziale Aufgabe" zu sehen bereit ist, zu einem pragmatischen Alltagsrest verkümmern, dessen angestrebtes Ergebnis die "Funktionsfähigkeit", d. h. Aufnahmefähigkeit der Station ist - neben Ruhe, Ordnung und äußerer Anpassung der Patienten.

Selbst bei vorhandenem Willen und erworbener Fähigkeit des psychiatrisch tätigen Arztes, der sich in der beschriebenen Situation befindet, bei der Beurteilung psychosozialer Störungen und der Suche nach ihrer Behebung oder existenziellen Entschärfung möglichst sämtliche pathogenetischen und pathoplastischen Faktoren zu berücksichtigen, ist er zum Scheitern verurteilt. Wollte er - wie es ENGELMEIER in der erwähnten Schrift mit Recht für eine moderne, soziale Psychiatrie gefordert hat - neben Anlage und Prägungsmilieu der Persönlichkeit ihren Lebensraum kennenlernen und beurteilen, neben Erblehre, Familienforschung und Biographik die Situationsanalyse stellen, würde er hoffnungslos - von Routinearbeit verbraucht - an den Dimensionen der Aufgabe scheitern müssen. Deshalb muß er an der Oberfläche der Phänomene bleiben, kann sich auf keine tragenden therapeutischen Beziehungen ohne Gefahr der Überlastung oder des nötig werdenden, schädlich wirkenden Abbruchs dieser Beziehungen einlassen und muß sich letzten Endes davor bewahren, "zu ahnen, was das Gefüge von Raum und Zeit, was die Ordnung des Tages, der Lebensumstände, der mitmenschlichen und materiellen Verhältnisse, was das Haus, in dem man wohnt, die Nachbarschaft, der Arbeitsplatz, was Ruhe und Tätigkeit, Vorwärtsstreben und sich Bescheiden, Erfolg und Enttäu-

schung in gesunden und kranken Tagen bedeuten." (ENGELMEIER 1969)

Ohne den Rückhalt eines multiprofessionell arbeitenden, soziotherapeutisch tätigen Teams, ohne eine gewisse Homogenität und Kontinuität innerhalb der Patientengruppe, ohne ein ausreichend integriertes soziotherapeutisches Instrumentarium und ohne die Möglichkeiten einer therapeutischen Kette, die - als Optimum - die Glieder Vorschalt- und Nachsorgeambulanz, Wohnheim und Übergangsheim, therapeutische Wohngemeinschaft und beschützende Werkstätte enthält sowie eine intensive Zusammenarbeit aller Teilbereiche einschließt - ohne wenigstens einige der äußeren und inneren Voraussetzungen einer sozialen Psychiatrie befindet sich ein in der beschriebenen Situation Tätiger auf verlorenem Posten und in aussichtsloser Lage: Er muß sich darauf beschränken, die dringendsten Bedürfnisse der ihm anvertrauten Patienten zu befriedigen, keine Kunstfehler zu begehen und den ihm auferlegten Formalien Genüge zu tun.

Unter diesen Umständen reduziert sich der kollegiale Umgang von Fachärzten, die eine Funktion innehaben (Oberärzten, Chefärzten) mit in Fachausbildung befindlichen Ärzten, die an diesem spannungsreichen Ort innerhalb der Psychiatrie ihren Dienst tun, häufig genug auf ein Gerangel wegen nicht angefertigter oder nicht abgeschlossener Krankengeschichten, liegengebliebener Gutachten etc.

Um dem Ansturm der auf ihn zukommenden psychosozialen Problematik wenigstens scheinbar medizinisch-psychiatrisch gewachsen zu sein, verbleibt dem Arzt in solcher Situation nur das Verharren "in einem Pathos der Distanz", das KISKER (1967) als "zweifelhafte Würde eines Spezialisten" gekennzeichnet hat, der den erkrankten Mitmenschen als radikal anderen sieht, also ein "Alienist" ist und damit "zugleich ... die für psychotische Entäuerungen entscheidende kommunikative Dimension und damit sich selbst" verfehlt. Wo ein in der Psychiatrie tätiger Arzt sich aufgrund äußerer Verhältnisse nicht erlauben kann, "phänomenologisch-psychotherapeutische Verstehungswege" zu betreten, geschweige denn zu Ende zu gehen, "erscheint als Resultat derselben Angst und Gleich-

gültigkeit, die auch das vulgäre Verhältnis der Gesellschaft zur Ver-
rücktheit diktieren" (KISKER 1967) die erzwungene Selbstbeschränkung
des Arztes auf das am notwendigsten Erscheinende: Registrierung des
akuten Zustandes, medikamentöse Beeinflussung, oberflächliche An-
passung und Entlassung in alte Verhältnisse bzw. Bewahrung außerhalb
der Gesellschaft unter Inkaufnahme von Hospitalismusschäden.

Eine Erfahrung wie die beschriebene kann für die betroffenen Ärzte ver-
schiedene Ergebnisse haben: Sie können sich so gut wie möglich den Ver-
hältnissen anpassen, in größtmöglicher Distanz auch zu den Verhältnissen
bleiben und so rasch wie möglich versuchen, von der Klinik in der Klinik
- in der, wie wir gesehen haben, die Hauptlast psychiatrischer Versor-
gung getragen werden muß - in spannungsärmere Bereiche der eigenen
Institution zu gelangen. Sie können - was immer häufiger geschieht -
ihr Vertrauen zur Anstaltspsychiatrie und zum gesamten psychiatrischen
Fach verlieren und in andere medizinische Disziplinen überwechseln
(- ein Hinweis darauf, daß auch bei neugegründeten psychiatrischen Insti-
tutionen infolge der spezifischen Strukturen und eines untherapeutischen
Klimas Tendenzen sich entwickeln können, die den Mangel an ausgebilde-
ten Psychiatern nicht beheben, sondern verschärfen).

Die dritte Möglichkeit der Reaktion auf die beschriebene Situation liegt
nicht in der Entscheidungsfreiheit des betroffenen Arztes, stellt eine
individuelle Antwort auf die von ihm registrierten Widersprüche dar und
wird für gewöhnlich eher negativ von den fachärztlichen Vorgesetzten
gewertet: Es handelt sich um eine Art asthenisches Syndrom bei psychia-
trischen Assistenzärzten. Die Krankengeschichten stapeln sich, die äuße-
re Unordnung des Arbeitszimmers gibt Hinweise auf die innere Ordnung,
der Arzt oder die Ärztin kann in eine Verfassung geraten, in der unkon-
trolliert und ohne notwendige t h e r a p e u t i s c h e Distanz auf
einer Ebene der Identifizierung Verhältnisse zu Patienten eingegangen
werden, die diesen nicht helfen können und den Arzt weiter verunsichern
und schwächen, bis es zumeist abrupt und für den Patienten aufgrund ent-
täuschter Erwartungen im negativen Sinne labilisierend zum Abbruch

dieser Beziehungen kommt. Eine Abwehr von Erfahrungen derart widersprüchlicher Verhältnisse mit Hilfe einer verkürzten Ideologisierung des Psychiatrie-Problems sowie individuelle, anarchistisch gefärbte Lösungsversuche seien nur am Rande erwähnt.

Eine Psychiatergeneration, die aus den beschriebenen Verhältnissen hervorgeht, dürfte sich hinsichtlich ihrer Erkenntnisse und ihres Interesses bzw. ihrer inneren Haltung wenig von Psychiatern der älteren Generation unterscheiden, deren therapeutischer Fatalismus durch die Einführung der Psychopharmakotherapie auch etwas aufgebellt worden ist. Dennoch gehört eine resignierende Grundhaltung oft genug zu den Voraussetzungen jüngerer, in der Anstaltspsychiatrie tätiger Ärzte, die "funktionsfähig" bleiben wollen - ein Umstand, der durch eigene Weiterbildung in Psychoanalyse, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie etc. zwar modifiziert aber nicht aufgehoben wird.

Nachdem versucht worden ist, die Folgen der beschriebenen und statistisch überprüften Entwicklungen der untersuchten Institution bezüglich der Gruppe der Ärzte möglichst detailliert zu schildern, soll im folgenden auf die Situation des Pflegepersonals eingegangen werden, soweit sie sich vom Autor in seiner Eigenschaft als Arzt beurteilen läßt. +)

+)Auf die Tatsache, daß von den rund 375 in der Landesnervenklinik Berlin beschäftigten Angehörigen des Pflegepersonals mehr als 20 % koreanisch ihre Muttersprache nennen, soll an dieser Stelle nicht umfassend eingegangen werden, obgleich der Rückgriff auf fernöstlich beheimatetes Personal innerhalb der deutschen Psychiatrie schon bemerkenswert erscheint, wenn man in Rechnung stellt, daß die Entwurzelung aus familiären, kulturellen, gesellschaftlichen und sprachlichen Ursprüngen psychische Erkrankung eher fördert. Die Verpflanzung von Angehörigen eines fernen Kontinentes, einer fremden Rasse und Kultur sozusagen in den Intimbereich einer anderen Gesellschaft ist nicht nur ein eindrucksvolles Beispiel für eine weit die Grenzen der Kulturbereiche überbordende Mobilität im Weltmaßstab der Jet-Ströme - sie ist auch ein Hinweis darauf, welche merkwürdig pragmatische Deformation Ansätze einer transkulturellen Psychiatrie erfahren haben, damit in einer hochindustrialisierten Gesellschaft des Westens in einem unattraktiven sozialen Bereich Strukturprobleme scheinbar gelöst werden konnten. Die Sprachverwirrung, die sich einstellen kann, wenn ein "Gastarbeiter" aus einem südeuropäischen oder kleinasiatischen Land mit möglicherweise individuell bedingten Sprachmanierismen sich gegenüber einer koreanischen Krankenschwester verständlich zu machen versucht, kann nur als babylonische bezeichnet werden. Doch auch ohne babylonische Sprachverwirrung ist die Situation des Pflegepersonals in der beschriebenen Institution - auch wenn es nicht in der "Klinik in der Klinik" arbeitet - kompliziert genug.

Es soll der Versuch gemacht werden, einige der speziellen Probleme des Pflegepersonals aufzugreifen. Im Gegensatz zu den Stationsärzten sind Angehörige des Pflegepersonals in drei Wechselschichten 24 Stunden dem Milieu und Klima ausgesetzt, das auf den Stationen herrscht. Der Kontakt des Pflegepersonals zu den Patienten ist oftmals durch notwendige pflegerische Intimitäten undistanzierter und damit problematischer Art.

Als Krankenpflegehelfer - der aus einem anderen, beispielsweise industriellen Beruf kommt - ist die Krankenpflegekraft in der Gefahr, auch im Umgang mit Patienten lediglich gesellschaftliche Vorurteile zu reproduzieren, was sich untherapeutisch prägend auf die Beziehungen zum Patienten auswirken kann.

Die ausgebildete Krankenschwester bzw. der Krankenpfleger in der Psychiatrie haben überwiegend eine an somatischen Disziplinen orientierte Krankenpflegeausbildung erhalten, so daß ihnen soziotherapeutische Maßstäbe und Methoden fehlen, die ihr Verhalten im klinischen Alltag bestimmen oder zumindest modifizieren könnten. Das Fehlen einer therapeutischen Gemeinschaft, mangelhafte Strukturierung, unzureichende Integration der therapeutischen Angebote, fehlende Voraussetzungen für eine Stufenrehabilitation etc. sind Bedingungen, die die Arbeit des Pflegepersonals ebenso beeinflussen wie die der Ärzte und bei Schwestern und Pflegern eine Haltung hervorrufen können, die zwar nicht auf eine Diskrepanz "von Visitenmoral und Wachsaalmoral" (HEMPRICH und KISKER 1968) hinauslaufen muß jedoch wenig therapeutisch wirksame Einstellungen den Patienten gegenüber zur Folge haben kann. Der von HEMPRICH und KISKER beschriebene Alltag auf einer Männer-Aufnahmeabteilung der Heidelberger Universitätsklinik - geprägt durch schweigendes Austeilen des Kaffees seitens der Pfleger, Do-ut-des-Rituale und Laissez-faire-Stil, bei dem die Langeweile dominiert - findet sich auf den geschilderten Aufnahmestationen des Großkrankenhauses in veränderter Form wieder.

In einer durch chronische Unruhe geprägten Stationsatmosphäre fühlen sich die dort tätigen Pfleger und Schwestern kaum als "Herren der Klinik" häu-

figer können sie schon das Gefühl haben, ständig mit dem Rücken zur Wand zu stehen und der Gefahr ausgesetzt zu sein, von Bedürfnissen der Patienten erdrückt zu werden. Nicht selten entsteht bei dem Pflegepersonal der Eindruck, daß die Stationsärzte in der Behandlung der Patienten auf Kosten des Pflegepersonals eine Liberalität zur Geltung bringen, die unangemessen erscheint. Beispielsweise ist das beteiligte Pflegepersonal der Meinung, ein expansiv psychotischer Patient müßte medikamentös stärker gedämpft, ein senil Verwirrter müßte ans Bett fixiert werden, damit er nicht ständig unruhig und desorientiert über die Station läuft und sich dabei der Gefahr aussetzt, hinzustürzen und sich eine Oberschenkelhalsfraktur zuzuziehen. Fehlen die Austauschmöglichkeiten, Rückmeldungsmechanismen und Lernimpulse einer therapeutischen Gemeinschaft, kann das Pflegepersonal auch unberechtigtweise sich im Umgang mit den Erscheinungsformen psychosozialer Störungen allein gelassen vorkommen, was wiederum das therapeutische Klima verschlechtert.

Ruhe, Ordnung und Wohlverhalten der Patienten werden unter diesen Bedingungen zu den angewandten Maßstäben, an denen das Pflegepersonal die Patienten zu beurteilen neigt.

Zur Illustration der Situation auf einer der beschriebenen Aufnahmestationen, wie sie sich dem Pflegepersonal darstellt, soll an dieser Stelle ausschnittsweise aus dem Berichtsbuch zitiert werden, welches vom Pflegepersonal geführt wurde, das am 23.5.1973 - dem Tag der oben angeführten Stichtagsuntersuchung - auf der dortigen geschlossenen Männeraufnahmestation tätig war:

Frühdienst vom 23.5.73

Patient Rö. (Patient 28 der Stichtagsuntersuchung) nimmt wenig Essen zu sich, trinkt Saft und erbricht ihn wieder.

Patient Me. (20) hatte Kopfschmerzen, erhielt 15 Tropfen Metamizol.

Patient Ag. (1) schläft den ganzen Tag.

Patient Kr. (17) versucht, die Station im Nachthemd zu verlassen.

Patient Gi. (9) sehr erregt, schimpfte auf die Stationsfrauen, weil er nicht zu jeder Zeit Kaffeewasser bekommt.

Spätdienst vom 23.5.73

Patient Si. (34) steigerte sich gegen Abend in eine große Unruhe hinein und schrie laufend. Patient halluzinierte auch sehr stark. Patient erhielt um 20.30 Uhr 100 mg Neurocil i.m., da es zu diesem Zeitpunkt nicht mehr auszuhalten war. Patient konnte den Nachmittag nur im Bad verbringen. Patient Rö. (28) klagte über starke Übelkeit und hat auch zweimal leicht erbrochen. Patient erhielt 1 Eßlöffel Gelusil-Lac eingebracht. Die Atmung

des Patienten ist unregelmäßig. Allgemeinzustand hat sich etwas verschlechtert.

Patient Schö. (31) beschwerte sich darüber, daß man ihm Gift verabreiche. Patient ist ferner der Meinung, daß er nicht studieren kann.

Nachtdienst vom 23. - 24.5.73

Patient Si. (34) war die Nacht hindurch erregt und teilweise tobsüchtig.

Patient erhielt gegen 1.10 Uhr und 5.45 Uhr je 100 mg Neurocil i.m. Auf diese Weise war der Patient nur von seinem Mitpatienten zu verkraften.

Patient leidet unter für ihn beinahe unerträglich krankhaftem Verfolgungswahn und mußte die Nacht hindurch fixiert bleiben.

Patient Rö. (28) hat nicht geschlafen trotz zweimal 50 mg Atosil, die der Patient gegen 23 Uhr und 2.30 Uhr erhielt, halfen nichts. Kreislauf, Temperatur und Diurese siehe Liste.

Patient Ko. (15) erhielt, da sehr halluzinant und paranoid, eine Ampulle Glanimon i.m. Danach guter Schlaf."

Reduzieren sich die geistigen Tätigkeiten des Pflegepersonals überwiegend auf die Registrierung von Fehlverhaltensweisen der Patienten und ist eine entsprechende Kette von Frustrationen die Folge, stellt sich leicht die Tendenz ein, daß Schwestern und Pfleger - obwohl ~~dieser~~ Aspekt ihrer Arbeit in der Psychiatrie nicht im Vordergrund stehen dürfte - sich auf pflegerische und auf pseudopflegerische Arbeiten konzentrieren, auch wenn der Sinn solcher Tätigkeiten zweifelhaft ist und ein Teil der Dienstleistungen aus therapeutischen Gründen zur Aufgabe der Patienten selber gemacht werden müßte. Nachttische auswischen, das Einsammeln und Neuverteilen von Handtüchern und die Beschäftigung in der Küche können Angehörigen des Pflegepersonals trügerisch als Selbstbestätigung dienen, obgleich der Einsatz an anderer Stelle - beispielsweise innerhalb einer Stationsgruppenversammlung - sinnvoller wäre, zumal wenn eigene Lebenserfahrung mit einzubringen ist.

Grundvoraussetzungen für eine wirkungsvollere Arbeit psychiatrischen Pflegepersonals sind jedoch nicht nur verbesserte Ausbildungsverhältnisse, in denen Sicherheit vermittelnde soziotherapeutische Kenntnisse und Erfahrungen geliefert werden müssen, sondern auch die Schaffung institutioneller Bedingungen, die eine für Milieuthapie günstige Gliederung der Institution im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft ermöglichen.

Bezüglich der Fort- und Weiterbildung auch des Pflegepersonals bietet sich ein Konzept an, daß FRICKE 1974 von den von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel angeboten und realisiert hat. In den "Unterlagen zur Weiterbildungsmaßnahme 'Supervisor (Praxisberater) im Bereich der Sozial- und Milieuthherapie' " heißt es zum Begriff der Supervision: "wenn jemand für seine berufliche Tätigkeit, für seine methodische Arbeit Rat sucht, wenn ihm dieser Rat von jemanden erteilt wird, der Erfahrung in dem Arbeitsbereich hat und der das methodische Beraten gelernt hat, nennt man das Praxisberatung oder Supervision ... Supervision ist ein pädagogischer Prozeß, der auf Veränderung der eigenen Person und ihrer Beziehungen zu anderen Personen, aber auch auf Veränderung von Einrichtungen abzielt."

Ein multiprofessionell, nach den Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft arbeitendes Team, das in Supervisionsprozessen eigene Haltungen und eigenes Handeln kontrolliert und nötigenfalls korrigiert, kann - bei Wegfall übermäßigen Versorgungsdruckes bzw. extremen Durchganges von nicht zueinander passenden Kranken - erreichen, daß die Struktur der Institution keine nachteiligen Einflüsse auf den Patienten ausübt, sondern unter Anwendung des soziotherapeutischen Instrumentariums beispielsweise in Gruppenprozessen, in der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie rehabilitativ zum Tragen kommt.

Von der Integration der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie in den klinisch-therapeutischen Alltag hängt ihre Wirksamkeit ab. ROSE hat 1969 differenziert die einzelnen Phasen eines innerklinischen Reaktivierungsprogramms beschrieben. Die Aufgliederung in Einstell- und Pflegephase (warming up), beschäftigungstherapeutisch-permissive bzw. kreative Phase, beschäftigungstherapeutisch-produktive Phase, arbeitstherapeutische Trainingsphase, Leistungsphase (präprofessionelle Edukation) und Berufsvorbereitung stellt einen komplizierten Prozeß bei der Rehabilitation chronischer Psychotiker wie auch anderer psychisch Kranker dar und läßt keinen Zweifel daran, daß enge Kooperation und Koordination der beteiligten Therapeuten auf den Sta-

tionen und in den ergotherapeutischen Bereichen sowie Effizienzkontrolle notwendig sind, damit es nicht zu einer unmethodisch durchgeführten Ergotherapie kommt.

Das Problem, wie in einem weitläufig in Pavillon gegliederten Areal, an dessen Grenze die Gebäude für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie angesiedelt sind, eine wirkungsvolle Integration zu erreichen ist, wirft Strukturfragen auf, die hier nur angedeutet werden können.

Ohne Effizienzkontrolle und ohne enge Kooperation der beteiligten Therapeuten unter rehabilitativer Zielsetzung gerät auch eine Arbeitstherapie, die sich in relativ modern eingerichteten Werkstätten (Schneiderei, Druckerei, Schlosserei, Tischlerei) abspielt, in die Gefahr, zu einer anstaltsorientierten und betriebsgelenkten Arbeitstherapie zu werden, die auch im Bewußtsein der Therapeuten auf den Stationen nicht den Stellenwert einnimmt, der ihr zustünde. Fehlt die notwendigerweise dichte Kooperation zwischen den Beschäftigungstherapeuten und den Arbeitstherapeuten auf der einen und den beteiligten Ärzten, dem Pflegepersonal und Sozialarbeitern auf der anderen Seite, können Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie einen peripheren Platz einnehmen, was zur Folge haben kann, daß die Therapeuten nicht ausreichend in der Lage sind, Patienten von der Notwendigkeit dieser Therapieformen zum Zwecke der Wiedererlangung von Selbständigkeit und größerer Sicherheit zu motivieren.

Ob allerdings die in der Landesnervenklinik Berlin 1975 arbeitenden elf Beschäftigungstherapeuten, die fünf in der Arbeitstherapie tätigen Mitarbeiter sowie die vier "Kolonnenpfleger" dazu in der Lage waren, nicht nur die ergotherapeutischen Bedürfnisse für rund 1000 psychisch Kranke zu befriedigen, sondern auch eine verwertbare Effizienzkontrolle zu liefern und - auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des einzelnen Patienten zugeschnitten - in enger Kooperation mit den beteiligten Therapeuten der Stationen individuell angepaßte Reaktivierungsprogramme zu liefern, muß bezweifelt werden. So wie die Belastungen der beschriebenen Aufnahme- stationen der LNK Berlin nicht beliebig erhöht werden konnten, sondern zu Unruhe, Strukturlosigkeit und einem untherapeutischen Milieu geführt

haben, spielt auch für die ergotherapeutischen Bereiche und ihre rehabilitative Wirksamkeit neben dem guten Willen der Faktor Zeit eine große Rolle. Wenn man davon ausgeht, daß unter soziotherapeutischen Maßstäben ein Viertel bis ein Drittel der Arbeitszeit der mit psychosozialen Problemen Beschäftigten für Zwecke der Kooperation und Koordination, für Teamgespräche, Falldarstellungen, Verlaufsbeurteilungen etc. verwendet werden muß, kann man folgern, daß klinisch-psychiatrische Arbeit, die auf derartige Rückmeldungsprozesse verzichten oder sich auf die zehnminütige Stationsbesprechung bei Übergabe der Frühschicht zur Spätschicht beschränken muß, zu einem konzeptionslosen Nebeneinanderarbeiten werden kann.

Daß unter den geschilderten Bedingungen die sechs Psychologen der Klinik außer im halbstationären Bereich sowie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung vorwiegend diagnostische Aufgaben übernommen haben, soll nur noch am Rande erwähnt werden und ein Hinweis darauf sein, daß bei nicht optimaler Strukturierung einer Großklinik gewisse Berufsgruppen, die im soziotherapeutischen Prozeß eine wichtige Rolle zu spielen hätten, gar nicht zum Zuge kommen können.

Dasselbe gilt für die fünf in der Klinik tätigen Sozialarbeiter, die - außer im rehabilitativen Bereich - eine vorwiegend administrative, auf Regelung von Kostenübernahmen und Fürsorgemaßnahmen ausgerichtete Funktion sowie dienstleistende Tätigkeiten z.B. bei obdachlosen oder alleinstehenden Patienten zu übernehmen hatten. Auch hier hatte die Gruppe der Sozialarbeiter (die in der LNK Berlin zwar nur für 220 Betten pro Mitarbeiter und damit für rund 300 Betten weniger zuständig war als innerhalb psychiatrischer Landeskrankenhäuser im Bundesdurchschnitt - jedoch auf die Aufnahmezahl bezogen ebenso hier wie dort für 700 Aufnahmen im Jahr) keine Gelegenheit, das breite Spektrum der Tätigkeiten von Sozialarbeitern zu erfüllen, wie es u.a. ROSE 1973 dargestellt hat.

Sozialpsychiatrisches Fazit

Die Landesnervenklinik Berlin stellt - rund 40 Jahre nach Entwicklungsstillstand und Rückschritt in eine unwissenschaftliche, ideologisierte, in Barbarei ausartende Epoche - einen Neubeginn in der Geschichte der deutschen Psychiatrie dar. Die Verhältnisse, die 1961 zur Gründung der Landesnervenklinik Berlin geführt haben, sind einerseits spezielle West-Berliner andererseits zu verallgemeinernde Verhältnisse einer hochindustrialisierten, technisierten konsumierenden Wettbewerbsgesellschaft, in der tradierte Werte und Vorstellungen sich aufzulösen beginnen und gesellschaftliche Formationen wie Familie, Nachbarschaft, Gemeinde einschließlich kirchlicher Einflüsse sowie der Staat als Autorität an Bindungsfähigkeit und Verbindlichkeit eingebüßt haben.

Die im Vorhergehenden beschriebenen Erscheinungen einer Drehtürpsychiatrie sind eine unzulängliche, weil lediglich liberal-konservative Antwort auf psychosoziale Probleme der technisierten Gesellschaft, die sich auf ihre Weise der genannten Probleme zu entledigen versucht. +) Waren es im Mittelalter u.a. Narrenschiffe, in der Renaissance und später Narrenhäuser, danach drastischere Ausgrenzungen, nach PINELs "Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten" im Zuge der Französischen Revolution Großanstalten in ländlicher Idylle, die sich in abgelegten und abgelegenen klerikalen und feudalen Behausungen breit machten (woraus sich die Psychiatrie der Großanstalten mit ihren vorwiegend feudalistisch anmutenden Strukturen ergab), so scheint im Zeitalter der wissenschaftlich-technischen und sozialen Umbrüche die "Drehtürpsychiatrie" die Variante im Umgang mit psychosozialer Problematik zu sein, die sich zunächst sozusagen spontan einstellt.

+) Daß gegenüber autoritär-reaktionären Lösungsversuchen liberal-konservative einen Fortschritt bedeuten, soll an dieser Stelle noch einmal betont werden. Ziel dieser Untersuchung war es jedoch, zur Erhellung widersprüchlicher Entwicklungen eines sozialen "Großexperimentes" beizutragen und ihre strukturellen Bedingungen aufzuzeigen. Insofern hat der Autor nicht die positiven Aspekte der Aufbaugeschichte dieser Großklinik hervorgehoben - die bei dem Verzicht auf Anstaltskleidung und der weitgehenden Aufhebung der Geschlechtertrennung auf den Stationen beginnen, über die großzügig gehandhabte Besuchs- und Urlaubsregelung für Patienten führen und bei kulturellen Veranstaltungen für Patienten, Tanzabenden, clubähnlichen Zusammentreffen auch bereits entlassener Patienten sowie differenzierten Behandlungsangeboten wie Musiktherapie, Gruppen verschiedener methodischer Ansätze etc. nicht enden.

Somit stellen die spezifischen Probleme der Psychiatrie nur allgemeine Probleme der Gesellschaft dar - so wie die Lösung der Probleme der Psychiatrie nur innerhalb der Gesellschaft, nicht am Rande vor ihr möglich sein wird. Insofern sind die Verhältnisse in der Psychiatrie nur eine Widerspiegelung gesellschaftlicher Verhältnisse und Attitüden im Sinne von Vor-Urteilen gegenüber psychisch Devianten sowie ausgrenzende Tendenzen des Umganges mit ihnen schlagen sich gleichermaßen innerhalb der Psychiatrie nieder. In dem Sinne geht der Ansatz STUMMES in seiner Untersuchung über "psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung" (1975) weiter als der beispielsweise von WIESER 1973 vertretene. +)

Alternativen zu Althergebrachtem ergeben sich erst durch die Probleme, die auftauchen. Eine Anstaltspsychiatrie, die gemeindefern sich entwickelt, wenn man Integration in die Gemeinde und Öffnung der Klinik nach außen als Maßstäbe setzt, die zudem eine organisatorischen und therapeutischen Notwendigkeiten unangemessene Dimension erreicht hat, eine solche Anstaltspsychiatrie kann den Bedürfnissen nach psychosozialen Hilfen in einer hochindustrialisierten Gesellschaft nicht nachkommen. Eine an der Peripherie mehrerer Versorgungsgebiete liegende, durch hohe Durchgangs-

*) Wesentliche Aussagen STUMMES sind in folgenden Zitaten wiedergegeben:
"Der Partner der Bevölkerung für die erforderliche Kooperation bei Rehabilitationsmaßnahmen - die Psychiatrie selbst - wurde bei keiner der Studien eingehend berücksichtigt. Viele Probleme wurden in diesem Zusammenhang gar nicht diskutiert. So waren beispielsweise Fragen nach der Effizienz psychiatrischer Therapiemethoden nie mitdiskutiert. Das aber ist erforderlich, um abschätzen zu können, inwieweit bei den Experten ein Konsensus über Kriterien möglicher Heilerfolge anzutreffen ist, an denen sich der Laie bei seiner Urteilsbildung über zu entlassende Patienten orientieren kann. Ferner sind Fragen über mögliche Vorurteile des Personals in psychiatrischen Institutionen gegenüber 'Geisteskranken' nie aufgetaucht, obwohl auch die mögliche Existenz diskriminierender Haltungen der Experten ein Orientierungspunkt für den Laien sein könnte. Ferner ist die Effizienz rehabilitativer Bemühungen seitens der Psychiatrie nie in Frage gestellt worden, obwohl diese Anstrengungen in einem Großteil psychiatrischer Institutionen als völlig unzureichend angesehen werden müssen. So lange aber die sich dem Laien bietende Realität nicht in ihrer Gesamtheit berücksichtigt wird, ist es verständlich, daß die Vorstellungen des Laien als Vorurteile und nicht - zumindest teilweise - als zutreffende Urteile über die vom Laien wahrgenommene Realität abgetan werden." (Seite 36).
"So ist u.a. nie ernsthaft in Erwägung gezogen worden, inwieweit die Existenz der psychiatrischen Institutionen und vor allem die für den Laien wahrnehmbare Praxis der in diesen Institutionen Tätigen in der Vergangenheit und (das gilt für den überwiegenden Teil aller psychia-

zahlen geprägte, eine Stufenrehabilitation nicht bietende psychiatrische Großklinik, in der sowohl ambulante Dienste als auch komplementäre Dienste wie Wohnheime, beschützende Wohngruppen und Wohnungen, Tagesstätten etc. fehlen und in der schon aufgrund äußerer Umstände die Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft nicht verwirklicht werden können, stellt keine Alternative dar, die den Problemen angemessen wäre und sich grundsätzlich von der psychiatrischen Praxis, die ihre Ursprünge in der ausgehenden Feudalzeit hat, unterscheidet. Im Gegenteil, was die alten Großanstalten in ihrer autoritär-patriarchalischen Struktur dem psychosozial Gescheiterten an - wenn auch fragwürdiger - Geborgenheit zu bieten vermochten, fehlt hier.

Alternativen werden nicht allein als administrativ-organisatorische in Erscheinung treten können. Sie werden auch durch den "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland", der am 25. November 1975 veröffentlicht wurde, nicht automatisch vorangetrieben.

Das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft ist bei allen sozialpsychiatrischen Alternativen, die aus den Verhältnissen der alten oder neuen Anstaltspsychiatrie herausführen sollen, der Inhalt der größtenteils noch zu schaffenden Formen und Strukturen eines sinnvollen psychiatrischen Versorgungssystems. Bleiben Arbeitsweisen, wie sie von einer therapeutischen

trischen Aktivitäten) noch in der Gegenwart eine Orientierung abgeben mögen für die Entstehung und Verfestigung möglicher Attitüden zu 'Geisteskranken' und inwieweit eine ausbleibende Neuorientierung der gesamten Psychiatrie in therapeutischer und rehabilitativer Hinsicht ein entscheidendes Hindernis für den geforderten Einstellungswandel bei Laien sein kann." (Seite 54)

"Bei (einem) Vergleich zwischen den Vorstellungen über die Situation der Anstaltspsychiatrie, wie sie vom Laien wahrgenommen wird, einerseits und den vom Laien entwickelten Gedanken zu einigen Aspekten einer zeitgemäßen Psychiatrie andererseits fällt auf, daß zum einen das Bild des Laien zur gegenwärtigen Situation weitgehend der Realität entspricht und daß zum anderen der Laie Vorstellungen artikuliert, wie sie seit einigen Jahren von einer Minderheit innerhalb der Psychiatrie diskutiert werden." (Seite 153).

"Der Verdacht kann nicht ganz ausgeräumt werden, daß mit der Erforschung der Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber 'Geisteskranken' ein Alibi für die gegenwärtige Anstaltspsychiatrie produziert wird, längst überfällige notwendige Reformen nicht in dem erforderlichen Maß in Angriff genommen zu haben. Gerade aber der Hinweis auf die Vorurteile in der Bevölkerung, der in den letzten Jahren auffallend häufig zu hören war, wenn von verantwortlicher Seite nicht oder nur schleppend erfolgte Maßnahmen begründet wurden, verstellt die Sicht auf die Probleme, die innerhalb der Psychiatrie ohne Zutun der Bevölkerung in Angriff genommen werden müssen." (Seite 167).

Gemeinschaft entwickelt werden müssen, auf Teilbereiche innerhalb eines Versorgungssystems oder einer Institution beschränkt, wird der die Psychiatrie übergreifende Ansatz im Umgang mit psychisch Devianten verfehlt mit dem Ergebnis, daß eine "Zweiklassen-Psychiatrie" eher noch verfestigt wird.

Über den eben angesprochenen Inhalt sollen an dieser Stelle nur wenige Worte gesagt werden: Das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft ist eine angemessene Antwort einer demokratischen Gesellschaft auf Mitglieder dieser Gesellschaft, die psychisch deviantes Verhalten zeigen - so, wie eine integrierte, kommunale Psychiatrie dem Entwicklungsstand einer Gesellschaft entspricht, die durch ihre hohe technische Entwicklung, ihre sozusagen voll motorisierte Beweglichkeit sowie ihre Informationsflut und die damit verbundene Verpflichtung zu rationalen Lösungen sich anachronistische Wege im Prinzip nicht mehr leisten kann.

Therapeutische Gemeinschaft - nicht als Ideologie verinnerlicht und nicht als falsche Fassade praktiziert, sondern als tagtägliche, reflektierte Praxis verstanden im Umgang mit psychisch Devianten in einer demokratischen Gesellschaft - bleibt als ständige Aufgabe und als stets neues Abenteuer der Motor psychiatrischer Veränderungen. Maßvolles Abwägen von Freiheit und Notwendigkeit jedoch ist eine Aufgabe, die sich der gesamten demokratischen Gemeinschaft stellt, auch wenn sie sich nicht als explizit therapeutische versteht.

In einer Zeit, in der die von JUNGK 1972 (nach PLATT) aufgezählten Krisenbereiche Bevölkerungskrise, Rassenkrise, Partizipationskrise, städtische Krise, Rüstungskrise, Rohstoffkrise und Umweltkrise die Zeitgeschichte nachhaltig bestimmen, müssen wir uns im Sinne der anfangs zitierten Bemerkung von SCHULTE fragen, in welchen gesellschaftlichen Bereichen wir schwerpunktmäßig investieren sollten. DEGWITZ hat 1973 darauf aufmerksam gemacht, wieviele materielle Probleme innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland von z.B. 25 eingesparten Autobahn-Kilometern gelöst werden könnten. Daß in diesem Sinne die politisch Verantwortlichen den Bericht und die Untersuchungsergebnisse der Enquête-Kommission als Auftrag annehmen, bleibt zu hoffen.

Nachbemerkung

Auch nicht glücklich verlaufende soziale Entwicklungen wie das psychiatrische Experiment der Landesnervenklinik Berlin haben ihren positiven Kern, wenn man die bestehenden Verhältnisse im Sinne Ernst BLOCHs betrachtet: "Das Reale enthält in seinem Sein die Möglichkeit eines Seins wie Utopie, das es gewiß noch nicht gibt, doch es gibt den fundierten, fundierbaren Vorschein davon und dessen utopisch-prinzipiellen Begriff..."

"Nicht nur wir, sondern die Welt selber ist noch nicht zu Hause; aber Erkenntnis, am Fluß des Vorhandenen wie an dem Ruf: 'Desto schlimmer für die Tatsachen' orientiert, zum Zuhause-sein tendierend, kann unbestechliche Helferin sein in einer schweren Geburt. Heimat, dies prozeßhaft vermittelbare, doch ausstehende, unnachlässliche hat zuerst die letzthinnige Evidenz von Wahren an sich, in sich; zentral problemhaft wohnt Angelangtsein im Kern von gutem Möglichem, in der Treue dazu." (BLOCH 1975)

Der Autor hat im vorangegangenen versucht, nicht eine "Abrechnung" mit Verhältnissen oder Personen zu liefern, sondern eine Bestandsaufnahme angesichts von strukturellen Entwicklungstendenzen innerhalb einer neugegründeten psychiatrischen Großinstitution abzugeben mit dem Ziel, sozial-psychiatrischen Alternativvorstellungen durch die Schilderung einer möglichen, modernen Variante psychiatrischer Anstaltspraxis zu weiterer Plausibilität zu verhelfen.

In dieser Untersuchung sind eine Reihe von Fragestellungen und Problemen angeklungen, denen nicht nachgegangen werden konnte, die sich für die Bewältigung des Problems psychiatrischer Versorgung insgesamt jedoch als unumgänglich herausstellen. Hierunter fallen z. B. Fragen einer sachgerechten psychiatrischen Bedarfsplanung und damit Aufgaben einer Versorgungsepidemiologie ebenso wie die Aufgaben einer übersichtlichen Dokumentation institutionellen Geschehens. Die Notwendigkeit einer Effizienzkontrolle sozial-psychiatrischer Arbeit ist ebenso angesprochen worden - wie sich aus der Untersuchung die Sinnfälligkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Lösung psychiatrischer Versorgungsprobleme ergeben hat. Die Psychiatrie - alleine gelassen und ohne die Hilfen gesellschaftswissenschaftlicher Disziplinen wie der Sozialwissenschaften - dürfte von den auf sie zukommenden Problemen immer stärker überfordert werden.

Der Autor hat es nicht als seine Aufgabe angesehen, konkrete Lösungsmöglichkeiten bezüglich der Struktur und Funktion der Landesnervenklinik Berlin als nunmehr Außenstehender anzubieten. Auch hat er den Begriff und das Geschehen der therapeutischen Gemeinschaft nicht näher erläutert, dafür gibt es zahlreiche bereits veröffentlichte Untersuchungen und Beschreibungen (z.B. von PLOEGER 1972).

Wem die Aussage des vorliegenden Berichtes zu wenig wissenschaftlich fundiert - d.h. durch methodisch einwandfreie Untersuchungen nicht ausreichend erhärtet - und somit zu subjektiv erscheint, der mag nicht nur an den Wert der Wiedereinführung des Subjektes in die Wissenschaft erinnert

werden. Er mag angesichts der Tatsache, daß Gründung, Aufbau und Entwicklung der Landesnervenklinik Berlin weitgehend undokumentiert und unkontrolliert vor sich gegangen sind, die dortigen Strukturen, Verhältnisse und Tendenzen nach wie vor als ungelüftetes Geheimnis betrachten und die in der vorliegenden Arbeit wiedergegebenen Schilderungen - sobald sie über statistisch durchgeführte Kontrollen hinausgehen - getrost als aufgeworfene Fragestellungen ansehen. Der wissenschaftliche Skeptiker, der - selbst angesichts der Gefahr von "Datenfriedhöfen" - allein objektivierbare Daten fordert, wird in der vorliegenden Arbeit weniger gültige Aussagen entdecken können. Ihm kann der Satz Jürg ZUTTs mit auf den Weg gegeben werden:

"Am tiefsten in den Bereich der Geheimnisse dringen
unsere ahnenden Fragen, nicht unsere Antworten."

Berlin-Halensee, den 11.9.1976

M. K.

Literaturnachweis

- 1) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Bonn 1975
- 2) Bloch, E.: Experimentum mundi, Frankfurt/M. 1975
- 3) Degkwitz, R.: Interview in Medical Tribune 11 (1973) 6
- 4) Dörner, K.: Bürger und Irre, Frankfurt/M. 1969
- 5) Dörner, K.: Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt/M. 1975
- 6) Engelmeier, M.P.: Psychiatrie als soziale Aufgabe in: Sozialpsychiatrie
Basel/New York 1969, 7-23
- 7) Fricke, P.: Unterlagen zur Weiterbildungsmaßnahme "Supervisor (Praxis-
berater) im Bereich der Sozial- und Milieuthherapie" Bethel 1974
- 8) Goffman, E.: Asylums. Essays on Situation of Mental Patients and other
Inmates, 1961,
deutsche Ausgabe: Asyle, Frankfurt/M. 1972
- 9) Foucault, M.: Histoire de la Folie, Paris 1961
deutsche Ausgabe: Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt/M. 1969
- 10) Hemprich, R.D. u. Kisker, K.P.: Die "Herren der Klinik" und die Patienten.
Der Nervenarzt 39 (1968) 433-441
- 11) Jungk, R.: Diskussionsbeitrag auf einem Symposium in Konstanz. Mai 1972,
in: "Interaktion - Krankheit und Heilung als zwischenmenschliches Geschehen"
hrsg. von Rose, H.-K., u. Buggle, H., Grenzach 1972
- 12) Kayser, H., Krüger, H., Mävers, W., Petersen, P., Rohde, M., Veltin, A.,
Zumpe, V.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie, Stuttgart 1973
- 13) Kisker, K.P.: Amsel-Kainarou, A., Spazier, D.: Psychiatrie ohne Bett.
Der Nervenarzt 38 (1967) 10-15
- 14) Kisker, K.P.: Die Verrücktheit, die Armut und wir.
Der Nervenarzt 38 (1967) 89-92
- 15) Kisker, K.P.: Dialogik der Verrücktheit, den Haag 1970
- 16) Kruckenberg, P.: Vollversorgung oder Selektion? Voraussetzungen für ein
sektorisierendes Versorgungssystem - Vortrag auf einer Informationstagung
der "Aktion Psychisch Kranke" in Berlin, März 1976
- 17) Ploeger, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und
Sozialpsychiatrie, Stuttgart 1972

- 18) Ploeger, A., Flamm, R.: Synopsis des Transvestismus und Transsexualismus. Fortschr. der Neurologie und Psychiatrie 44 (1976) 493-555
- 19) Rohde, J.J.: Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1974
- 20) Rose, H.K.: Überlegungen zu einem sozialpsychiatrischen Reaktivierungsprogramm bei chronisch Psychotischen. Der Nervenarzt 40 (1969) 255-264
- 21) Schrenk, M.: Über den Umgang mit Geisteskranken, Berlin-Heidelberg-New York 1973
- 22) Schulte, W.: Klinik der "Anstalts"-Psychiatrie, Stuttgart 1962
- 23) Senator für Gesundheitswesen: Neubau der Landesnervenklinik Berlin, 1961
- 24) Senator für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Pressestelle: Neue Einrichtungen im Bereich der Landesnervenklinik Berlin, 1969
- 25) Stumme, W.: Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung, München-Berlin-Wien 1975
- 26) Wieser, St.: Isolation, Reinbeck 1973
- 27) Zutt, J.: Über verstehende Anthropologie, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1/2 Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963, 764-850

Michael Klein
Facharzt für
Nerven- und Gemütskrankheiten

Berlin 31, den 8. 2. 1977
Joachim-Friedr.-Str. 53

L e b e n s l a u f

Geboren am 30.6.1939 in Berlin, Vater Ingenieur,
Mutter Hausfrau, zwei Geschwister.

Schule von 1945 - 1959, Abschluss mit dem Abitur
der Askanischen Schule in Berlin-Tempelhof.

Beginn des Medizinstudiums im SS 1959 in Mainz,
danach bis zum Staatsexamen - 1965 - ständig an der
Freien Universität Berlin. (Während der Schulzeit bzw.
des Studiums insgesamt ca 3 Jahre lang Werkstudent
als Bauarbeiter im Hoch- und Strassenbau, Giesserei-
arbeiter, Töpferhelfer, Transportarbeiter, Flugzeug-
reiniger, Decksmann etc.)

Anschliessend von November 1965 bis zum Juni 1968
Medizinalassistentenzeit (5 Mo. Bakt.-Serolog., 6 Mo.
Chirurgie, 2 Mo. HNO, 6 Mo. Innere, 5 Mo. Anaesthe-
sie, 4 Mo. Geb.-Gyn., 6 Wo. Neurolog.-Psychiatrie).

Von Juli 1968 bis Dezember 1973 Assistenzarzt in der
Landesnervenklinik Berlin. Stationsarzt in folgenden
Bereichen: ca 1 Jahr geschlossene Frauen-Aufnahme-
Station, 1 Jahr offene Frauen-Aufnahmestation, 1 Jahr
Neurologie, 1 Jahr eine gerontopsychiatrische Aufnahme-
Station und eine chronische Station (zusätzlich insgesamt
ca 4 Monate Urlaubsvertretungen auf Männer-Rehabilita-
tionsstation, einer Frauen-Rehabilitationsstation und einer
chronischen Frauenstation, 2 chronischen Männerstationen,
1 gerontopsychiatrischen Männerstation), 1 1/2 Jahre
geschlossene Männer-Aufnahmestation.

Facharzt-Anerkennung am 31. 1. 1973.

1970/71 ca 1 1/2 Jahre Nebentätigkeit als Fürsorgearzt
im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes
Kreuzberg an ein- bzw. zwei Wochennachmittagen.

1972/73 Mitglied des Personalrates der Landesnervenklinik Berlin.

Seit 1. 1. 1974 Wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin.

Seit 1968 verheiratet mit einer ehem. leitenden Med.-techn. Assistentin, 3 Kinder.

Michael Klein

